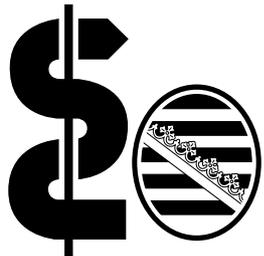


# Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 9/2005

<b>Berufspolitik</b>	Der Arzt im Spannungsfeld zwischen Wollen und Können	<b>436</b>
	Freie Ausbildungsplätze bei den Freien Berufen	<b>439</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Neuwahl des Vorstandes Kreisärztekammer Zwickauer Land	<b>440</b>
	Neue Rufnummern der Sächsischen Landesärztekammer	<b>440</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Entwicklung von Brustzentren in Sachsen	<b>441</b>
	9. Internationale Konferenz	
	Primary Therapie of Early Breast Cancer	<b>445</b>
<b>Amtliche Bekanntmachungen</b>	Eintragungen in das Partnerschaftsregister	<b>447</b>
	Empfehlung zur Medikamentengabe in Kindertageseinrichtungen	<b>447</b>
<b>Leserbriefe</b>	Privatisierung kommunaler Krankenhäuser	<b>448</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Ärztliche Fortbildung und Zertifizierung	<b>450</b>
	Impressum	<b>451</b>
	Ärztliche Stelle RöV/StrlSchV der Sächsischen Landesärztekammer	<b>452</b>
	Austellungen und Konzerte	<b>454</b>
	Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig	<b>454</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>455</b>
<b>Kunst und Kultur</b>	Ausstellung: Petra Kasten – Woge gegen Fels	<b>456</b>
<b>Leserbriefe</b>	Dr. med. Gisela Kandler	<b>456</b>
	Dr. med. Gert Wünsche	<b>457</b>
<b>Personalia</b>	Dr. med. Wolfgang Münch zum 65. Geburtstag	<b>458</b>
	Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz zum 65. Geburtstag	<b>459</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Zur Entwicklung der Orthopädie an der Universität Leipzig	<b>460</b>
<b>Personalia</b>	Unsere Jubilare im Oktober	<b>463</b>
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Ernst Winkelmann	<b>464</b>
	Nachruf für Dr. med. Christian Waselau	<b>465</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Arzthelferinnen in Sachsen	<b>466</b>
<b>Beilage</b>	Fortbildung in Sachsen – November 2005	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:  
<http://www.slaek.de>, E-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de),  
 Redaktion: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de),  
 Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:  
[www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de)

## Der Arzt im Spannungsfeld zwischen Wollen und Können



Doz. Dr. med. habil. Gottfried Hempel

### Gedanken zur Zeitgeschichte der letzten Jahrzehnte in Sachsen aus der Sicht eines Arztes

60 Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges scheidet jene Ärztegeneration aus dem Berufsleben, die das Ende des Zweiten Weltkrieges 1945 und den totalen Zusammenbruch als Kinder durchlitten hat. Diese Jahrgänge haben die Zeit danach bis heute mitgestaltet. Als Zeitzeuge sei mir ein kritischer Blick zurück und eine vorsichtige Schau auf Gegenwart und Zukunft erlaubt.

Das dritte Reich und der Zweite Weltkrieg hatten Deutschland verwüstet. Materiell und ideell! Die großen Städte in Sachsen – Dresden, Leipzig, Chemnitz – nur noch Trümmerhaufen. Sachsen sowjetisch besetztes Gebiet. Geschützdonner und Bombenhagel waren kaum vorbei und das Land in Besatzungszonen aufgeteilt, da wuchs das Misstrauen zwischen der kommunistischen Sowjetunion und den kapitalistischen Westmächten. Und so begann schon 1947 die Spaltung Deutschlands. Während der Marshall-Plan den Westzonen zu wirtschaftlichem Aufschwung verhalf, leistete die Ostzone weiterhin Reparationen an die Sowjetunion. Was der Krieg hier übrig gelassen hatte, wurde demontiert, ausgeschlachtet oder zerstört. Der politische

Terror der Sowjetmacht mit massenhaften Enteignungen und jahrelangen Haftstrafen bei kleinsten Verfehlungen zwang die Bevölkerung zum Stillhalten oder zur Flucht in den Westen. Die Zukunft hieß jetzt nicht mehr Nationalsozialismus, sondern Sozialismus und Kommunismus.

Die Verbrechen des Stalinismus kannten oder ahnten zu dieser Zeit nur wenige. Das Ende des Zweiten Weltkrieges war für viele Befreiung, aber für Millionen Deutsche Zusammenbruch und Heimatverlust. Hitler hatte ein ganzes Volk mit dem Dünkel vom Herrenmenschentum berauscht und mit seiner Sozialpolitik korrumpiert. So war es ihm fast unbemerkt gelungen, Juden und Kommunisten wegzusperren, zu vernichten und Deutschland in einen erbarmungslosen Weltkrieg zu stoßen. Vielen wurde erst nach der Katastrophe bewusst, was für einem verbrecherischen, mörderischen und menschenverachtendem System sie gedient hatten. Das Erschrecken darüber und die Scham sorgten in ganz Deutschland dafür, diese schlimmen Erfahrungen durch die Gestaltung neuer, besserer gesellschaftlicher Verhältnisse rasch zu überwinden und zu vergessen.

Die intellektuelle Haltung zur Sowjetunion war unter der großen Mehrheit der ostdeutschen Bevölkerung gespalten. Die Stimmungen wechselten zwischen Hoffen und Bangen. Große Teile der bürgerlichen Elite hatten in den 20er und 30er Jahren die Entwicklungen in der Sowjetunion mit einigem Wohlwollen verfolgt. Denn der Kapitalismus hatte sich durch die Weltwirtschaftskrise 1929/30 und später als Urheber des Zweiten Weltkrieges diskreditiert. Diesem alten System traute man nicht zu, eine humanere, gerechtere Welt zu schaffen. Jetzt hofften viele Menschen, dass die Versprechungen der kommunistischen Parteien wahr werden. Durch Volkes Herrschaft sollte eine gerechte Ordnung ohne Kriege und ohne Ausbeutung des Menschen durch den Menschen entstehen.

Stefan Zweig (10) hatte 1928 die Sowjetunion besucht. Er notierte: „Die vierzehn Tage, die ich in Sowjetrußland verbrachte, gingen hin in einer ständigen Hochspannung. Man sah, man hörte, man bewunderte, man war abgestoßen, man begeisterte, man ärgerte sich, immer war es ein Wechselstrom zwischen heiß und kalt ... In der einen Stunde hatte man Zuvertrauen, in der anderen Misstrauen. Je mehr ich sah, desto weniger wurde ich mir klar.“

In Ostdeutschland wich diese Zwiespältigkeit zu keiner Zeit ganz. Die Gründung der DDR 1949 war der erste Schritt zur Teilung Deutschlands. Der Volksaufstand am 17. Juni 1953 wurde durch sowjetische Panzer blutig niedergewalzt. Das ungeliebte SED-Regime blieb. Die Angst vor Militär- und Polizeigewalt grub sich ein. Nur neun Tage später waren 29 Todesurteile vollstreckt worden. Der Traum von einer demokratischen Alternative in Ostdeutschland war endgültig verfliegen. Die Bevölkerung antwortete mit Massenflucht bis Grenzsicherung und Mauerbau 1961 das verhinderte und die Teilung Deutschlands in zwei antagonistische Staaten zementierte. Die hermetische Abriegelung des ganzen Ostblocks gegenüber dem Westen schaffte die Möglichkeiten zur ungezügelter Indoktrination nach innen und zur streng kontrollierten Abschottung nach außen. Anspruch und Wirklichkeit des neuen gesellschaftspolitischen Experimentes klappten in den folgenden Jahrzehnten immer weiter auseinander.

### Wer existieren wollte, musste sich einrichten

Arzt zu werden, war ein erstrebenswertes Ziel. Uns stand dabei ein Bild vor Augen, das immer noch so ähnlich war, wie es Samuel Gottlieb Vogel (2) 1824 in Rostock seinen Studenten abverlangt hatte: „ein wohlwollendes, menschenfreundliches Herz, Sorgfalt und Umsicht, Fassung in Gefahren, Anstand und gute Sitten, Gewandtheit und Diskretion, Einfachheit und Wahrheit, Verschwiegenheit, Ausdauer, Klugheit, Duldsamkeit, reife Überlegung, aber auch Heiterkeit“. Andererseits zwang der Arztberuf nicht in zu große Nähe zur Partei. 1959 gab es an der Medizinischen Akademie Dresden nur drei Lehrstuhlinhaber mit SED-Parteibuch. Und diese Situation änderte sich in den Folgejahren immer erst, wenn Neubesetzungen anstanden. Wir wurden also hauptsächlich von Hochschullehrern erzogen, die der SED nicht angehörten, die dem neuen Staat kritisch oder abwartend gegenüberstanden und sich ganz auf die Medizin konzentrierten.

Im medizinischen Alltag der DDR erwarteten uns dann zahlreiche Widersprüche. Einerseits war das Recht auf Schutz der Gesundheit und der Arbeitskraft im Artikel 3 der Verfassung verbrieft. Das staatliche Gesundheitswesen war straff organisiert. Staatliche Arztpraxen, Landambulatorien und Polikliniken garantierten nahezu im ganzen Land kurze Arztwege.

Das Krankenhauswesen gliederte sich in Kreis-, Bezirks- und Hochschulkrankenhäuser. Das sicherte Rationalisierung und Rationierung zugleich. Für alle wichtigen technischen Untersuchungen galten wegen knapper Kapazitäten strenge Indikationen, die Untersuchungsplätze waren voll ausgelastet, die Untersucher erwarben enorme Erfahrungen und garantierten hohe Qualität ihrer Arbeit. Davon profitierten Gesundheitswesen und Gesellschaftssystem.

Andererseits reichten die technischen Ausrüstungen nicht aus, um notwendige Untersuchungen indikationsgerecht und flächendeckend auszuführen. Das galt etwa für Hämodialysebehandlungen, Ultraschalldiagnostik, Fiber-Endoskopie oder Computertomografie bis zur Wende. Für Koloskopien und Gastroskopien wurden über viele Jahre Röntgenuntersuchungen als Vordiagnostik gefordert. Viele Patienten starben, ohne in das Hämodialyseprogramm aufgenommen worden zu sein. Schlaganfallpatienten blieben in den peripheren Krankenhäusern ohne akutes Schädel-CT, weil die meist langen Transportwege zu den Untersuchungszentren mit den damit verbundenen Risiken für den Kranken den Aufwand scheuen ließen. Die Bettenkapazität der Krankenhäuser reichte zuweilen nicht einmal für die Notfallversorgung, da ein beträchtlicher Teil der Betten immer mit Pflegefällen belegt war. Es mangelte an hochwertigen Arzneimitteln. Für Wissenschaft und Forschung fehlten Geld, technische Ausrüstungen, Chemikalien, Pharmaka und viele andere Voraussetzungen. Die Reise- und Kontaktbeschränkungen zu den führenden Industrienationen zählten aber zu den verhängnisvollsten Hindernissen effizienter Forschung. Wer nicht zur Reiskader-Elite der DDR gehörte, konnte kaum hochwertige medizinische Forschung betreiben. Einige Ausnahmen bestätigen die Regel. In wenigen Jahrzehnten gelang es, den größten Teil der Ordinarie an den Hochschulen und die Schlüsselpositionen im Gesundheitswesen mit SED-Protégés zu besetzen. Der parteipolitischen Ausrichtung hatte sich alles unterzuordnen, auch wenn es unter den Parteigängern einzelne kritische Köpfe gab, die den Realitätssinn nicht verloren hatten.

Dieser kurze Abriss zum DDR-Alltag zeigt, wie sehr das Wollen des Einzelnen durch das gesellschaftlich bestimmte Können und Dürfen staatlich geplant und geregelt wurde. Nach der Wende 1989/90 hat sich das Ge-

sundheitswesen rasch verändert. Viele neue oder gründlich rekonstruierte Krankenhäuser mit modernsten technischen Ausrüstungen entstanden, gerade auch in Sachsen. Die einstige Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden hat sich inzwischen zu einem international renommierten Universitätsklinikum fortentwickelt.

Natürlich konnten sich an den vormaligen DDR-Akademien und Universitäten nur wenige Hochschullehrer mit DDR-Karriere halten. Viele mussten ihre Positionen räumen, weil sie sich oft genug sehr staatsnahe verhalten hatten. Nur wenige Hochschullehrer hatten es ohne SED zu signifikanten wissenschaftlichen Leistungen gebracht. Im harten Wettbewerb um die freigewordenen, teils freigeräumten Lehrstühle der ehemaligen DDR-Hochschulkliniken und -institute siegten nach den nun geltenden Kriterien fast nur Bewerber aus dem Westen. Das war für jene bitter, die sich unter der SED-Herrschaft hatten nicht entwickeln können. Sie zählten wieder zu den Verlierern. Ob man diese Situation beklagen soll, ist eine andere Frage. Zumindest wäre dann auch darüber zu reden, warum wir in den Jahren davor in der DDR nicht energischer für demokratische Verhältnisse gestritten hatten. Jean-Paul Sartre, dessen Schriften zumindest auszugsweise in der DDR gelesen werden konnten, wurde nicht müde zu behaupten, dass der Mensch sich nicht mit seinen Gegebenheiten abfinden dürfe, sondern sich selbst zu dem erwähle, was er sei. Daran haben wir uns nicht orientiert. Wir hatten beinahe bis zuletzt den Eindruck, der real existierende Sozialismus verfüge über ein so enges Spitzelsystem, dass sich jeder Abweichler darin verfangen müsse. Wer es dennoch wage, das System verändern zu wollen, werde unweigerlich zerbrochen.

Angesichts dieser Erfahrungen wird es bei nüchterner Analyse nur wenige Ostdeutsche geben, die sich die politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse der DDR zurückwünschen. Aber trotz der vielen positiven Entwicklungen nach dem Mauerfall türmen sich neue gewaltige Herausforderungen auf. Die heutigen gesellschaftlichen Prioritäten führen uns an ökonomische und sittliche Grenzen.

#### Was können wir tun?

Freiheit, Gleichheit und Gerechtigkeit gelten als die prägenden Werte unserer Zeit. Und eine gesunde Wirtschaft bilde die Voraussetzung. Doch was zählt die Verantwortung?

Ökonomie bestimmt unser Sein. Je gesünder die Wirtschaft und je sozialer die gesellschaftlichen Verhältnisse, desto stabiler ist der soziale Friede innerhalb einer solchen Gemeinschaft. Der Erfolg einer Regierung misst sich an diesen Kriterien. Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist ein wesentlicher Gradmesser für den Sozialstatus der Gesellschaft. Medizin kostet Geld, erst recht die moderne High-Tech-Medizin. Doch Industrie und Gewerbe haben schnell erkannt, welche Möglichkeiten der Gesundheitsmarkt bietet. Fehlentwicklungen und Missbrauch bleiben nicht aus. Schon deshalb muss der Arzt unserer Tage unverändert die Interessenlage der Kranken im Auge behalten und nicht das Geschäft. Arzt sein heißt dienen. Gewinnmaximierung und persönliche Vorteilsnahme sind mit dem Arztberuf nicht vereinbar.

Demokratie ist eine sehr unzulängliche, aber dennoch die gegenwärtig beste Staatsform, in der wir leben können. Doch die Basis der Demokratie ist die Gerechtigkeit. Und die Gerechtigkeit muss für jedes Glied der Gesellschaft immer wieder neu erfahrbar sein. Wenn das Gefühl für Gerechtigkeit verloren geht, entstehen Neid und Zwierrat. Wo Ichsucht und Eigennutz die gesellschaftlichen Verhältnisse dominieren, dort entwickelt sich eine umstürzlerische Atmosphäre. Die Demokratie wird so früher oder später in die Hände von Volksverführern geraten und wieder zur Diktatur umschlagen. Das Schicksal der Weimarer Republik sollte uns Warnung genug sein.

#### Der Wert der Freiheit

Freiheit ist ein hohes Gut, wir im Osten haben es 4 1/2 Jahrzehnte schmerzlich entbehren müssen. Aber das Streben nach Freiheit, nach Unabhängigkeit, kann leicht über das Ziel hinausschießen, denn es gibt Grenzen der persönlichen Freiheit. Der Mensch ist nicht nur Individuum, sondern gleichermaßen gesellschaftliches Wesen, er ist nur in Gesellschaft existenzfähig. Deshalb endet die Freiheit des Einzelnen dort, wo die elementaren Interessen der Gesellschaft berührt werden. Mir scheint, die persönliche Freiheit wird heute in einer Weise betont, dass dies fast schon zur Rücksichtslosigkeit auffordert.

Freiheit erfüllt sich nur in Verbindung mit der Pflicht. Das Credo Friedrichs des Großen (5) lautete: „Es ist nicht notwendig, dass ich lebe, wohl aber, dass ich meine Pflicht tue.“ Und

Heinrich Mann (6) schreibt in seinen Memoiren: „Unser Vater arbeitete mit derselben Gewissenhaftigkeit für sein Haus wie für das öffentliche Wohl. Weder das eine noch das andere würde er dem Ungefähr überlassen haben“. Diese Art von Pflichtbewusstsein und Zuverlässigkeit wurde in Deutschland über viele Generationen hinweg sorgfältig gepflegt. Heute halten wir das für altmodisch, überlebt oder töricht.

### Gleichheit und Gerechtigkeit

Gleichheit ist Chancengleichheit, nicht Gleichmacherei. Die DDR-Verhältnisse zielten auf Gleichmacherei. Rückzug aus der Verantwortung, Flucht in private Nischen oder auch Gleichgültigkeit waren die Folge. Chancengleichheit ist der Boden für Gerechtigkeit, ohne rechte Ordnung kein sozialer Frieden und ohne gesellschaftliche Eintracht auch keine dauerhafte Demokratie. Eine Gesellschaft ohne sozialen Frieden zerstört sich selbst.

Margot Käßmann (4) sieht unsere Gegenwart so: „Die Gerechtigkeit einer Gesellschaft ist daran zu messen, wie es den untersten Schichten geht... Es gibt eine Verpflichtung des Einzelnen zur Solidarität, zur Nächstenliebe, zum Gemeinwohl, wie immer das genannt wird. Was ich jedoch vielfach sehe, sind individualisierte Raffgier und Egomane.“ Glaubwürdigkeit, Zuverlässigkeit, Vernunft und Gewissenhaftigkeit sind die Charakteristika, an denen wir jene zu messen haben, die in Verantwortung stehen. Jeder, der Entscheidungen treffen kann oder muss, die in praktischen Handlungen münden, hat Macht und trägt Verantwortung. Da wir alle nahezu jeden Tag für uns selber Entscheidungen treffen, die oft auch für andere weitreichende Folgen haben können, gelten diese Merkmale für jeden Einzelnen.

Hans Jonas(3) fordert, dass wir unserem Handeln eine Ethik mit weittragender Verantwortlichkeit zugrunde legen müssen. Er sagt: „Das unvermeidlich utopische Ausmaß moderner Technologie führt dazu, dass der heilsame Abstand zwischen alltäglichen und letzten Anliegen, zwischen Anlässen für gewöhnliche Klugheit und Anlässen für erleuchtete Weisheit stetig schrumpft. Da wir heute ständig im Schatten ungewollten, mit-

eingebauten, automatischem Utopismus leben, sind wir ständig mit Endperspektiven konfrontiert, deren positive Wahl höchste Weisheit erfordert – eine unmögliche Situation für den Menschen überhaupt, weil er diese Weisheit nicht besitzt...“ Wir kommen unter den Bedingungen der Globalisierung immer wieder in Situationen, die wir nicht vorherbedenken können, weil wir sie nicht kennen. Wir brauchen Erneuerung, Modernisierung und Fortschritt, aber nicht als puren Aktionismus. Bewährte Strukturen sollte man behutsam verändern, damit der erstrebte Wandel auch tatsächlich zur Verbesserung führt. Ich bezweifle daher sehr, ob die beschlossene Auflösung der Inneren Medizin in Ihre Schwerpunkte ein zukunftsfähiger Entwicklungsschritt sein wird. Charles H. Mayo(7) warnte lange zuvor: „Wer die Spezialisierung zu weit treibt, unterliegt der Gefahr, Unbildung zu kultivieren.“ Ein Blick auf die scharfsinnigen Analysen Karl R. Poppers (8) über Versuch und Irrtum in Naturwissenschaft, Ökonomie, Politik und Gesellschaft könnte da hilfreich sein. All unser Wissen, so begründet er, besteht immer nur aus Vermutungen. Kritik und kritische Diskussion sind unsere einzigen Hilfsmittel auf dem Wege der Annäherung an die Wahrheit. Mithin gibt es auch keinen Weg in die Zukunft ohne Irrtümer. Wir können Irrtümer niemals gänzlich vermeiden, sondern bestenfalls minimieren.

Das heutige Arsenal an diagnostischen und therapeutischen Methoden ist ein solches Problem, mit dem wir besonders verantwortlich umgehen müssen. Ich bin nicht sicher, ob wir in kritischen Situationen wirklich überblicken, zu welchen Konsequenzen unser Tun führen kann. In vielen Bereichen, zum Beispiel Gentechnologie, Intensivmedizin, Transplantationschirurgie und Tumorbehandlung sind Segen und Fluch eng beieinander. Ärzte und Gesellschaft sind dringend aufgerufen, Vernunft und Verantwortung zu beherzigen. Enttäuschungen folgen oft auf dem Fuße.

Prominente Persönlichkeiten unserer Zeit, die Vorbild sein sollten, überbieten sich in Pflichtvergessenheit. Bundeskanzler Schröder wollte nicht wiedergewählt werden, wenn er die Arbeitslosigkeit nicht drastisch senken könne. Altbundeskanzler Kohl schwor beim rechts-

widrigen Umgang mit Spendengeldern lieber auf sein Ehrenwort als auf das Gesetzbuch. Außenminister Fischer entschuldigte die Visa-Affäre im Untersuchungsausschuss als ginge es um ein Kavaliersdelikt. Zugespitzt formuliert: Im Land tragen Parteien und Politiker großsprecherisch die Verantwortung – die Lasten schultert das Volk. Und wir Ärzte tragen für Diagnostik und Therapie die Verantwortung, aber für die zuweilen bitteren Folgen muss der Kranke selber herhalten. Wir alle haben Grund, sehr bescheiden zu bleiben und über unser eigenes Verhältnis zur Verantwortung täglich neu nachzudenken.

Es kann beklemmend sein, den Gedanken Günther Anders (1) zu folgen. Er meint, die Menschheit kann sich heute durch die verfügbaren nuklearen Massenvernichtungsmittel selber auslöschen und behauptet, dass mit dem Anwachsen des nuklearen Vernichtungspotentials die Angst der Menschen vor der Apokalypse nicht gestiegen, sondern gesunken ist. Er sieht einen gefährlichen Zirkel in Gang gekommen und formuliert: „Was uns heute – im Unterschied zu Faust – aufregen müsste, ist jedenfalls nicht, dass wir nicht allmächtig sind oder allwissend; sondern umgekehrt, dass wir im Vergleich mit dem was wir wissen und herstellen können, zu wenig vorstellen und zu wenig fühlen können“ und weiter: „...das Gefälle zwischen Wissen und Begreifen besteht ohne Ansehen der Person und ohne Unterscheidung von Rängen... womit also gesagt ist, dass es Kompetente hier nicht gibt; und dass die Verfügung über die Apokalypse grundsätzlich in den Händen von Inkompetenten liegt“.

Die Geschichte der Menschheit legt diese Sentenz nahe und bietet keinen Anlass, den Glauben an Gott durch den Glauben an den Menschen zu ersetzen. Wenn uns Hoffnung auf Zukunft bleiben soll, dann sind wir wohl darauf verwiesen, dass es jenseits aller menschlichen Begabungen andere vernunftsbezogene Kräfte gibt, die es vermögen, die Gattung Mensch vor Katastrophe und Untergang zu bewahren.

Literatur beim Verfasser

Doz. Dr. med. habil. Gottfried Hempel  
Wachbergstraße 19  
01855 Kirnitzschtal

## Freie Ausbildungsplätze bei den Freien Berufen

Die Freien Berufe intensivieren noch einmal ihre Bemühungen auf der Suche nach geeigneten Bewerberinnen und Bewerbern. „Bei Ärzten, Zahn- und Tierärzten, Apothekern, Anwälten und Notaren sowie Steuerberatern sind noch freie Ausbildungsplätze zu haben“, so Dr. Ulrich Oesingmann, Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB), in Berlin. „Um Angebot und Nachfrage besser zusammen zu bringen, wurde eine Ausbildungsstellenbörse unter [www.freie-berufe.de](http://www.freie-berufe.de) erweitert und aktualisiert. Der BFB appelliert erneut an alle Freiberufler, unbesetzte Lehrstellen unbedingt den zuständigen Kammern zu melden. Deren Internet-Stellenbörsen können interessierte Jugendliche zentral über die BFB-Seiten einsehen. Durch die zentrale Lehrstellenbörse beim BFB soll verhindert werden, dass wieder viele Hundert Ausbildungsplätze unbesetzt bleiben, weil ausbildungsornah keine geeigneten Bewerber gefunden werden und die Jugendlichen anderer Regionen hiervon keine Kenntnis haben.

### Nutzen und Kosten der betrieblichen Ausbildung

Das sich die Ausbildung für den Freiberufler auch lohnt, zeigt eine Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) in dem Projekt „Nutzen und Nettokosten der Berufsausbildung für Betriebe“. Die Kosten und Nutzen der betrieblichen Ausbildung spielen für die Ausbildungsbereitschaft insbesondere in kleineren Betrieben und Einheiten eine zentrale Rolle. Betriebe und Freiberufler bieten jungen Menschen Ausbildungsplätze im Allgemeinen nicht zum Selbstzweck an, sondern weil sie sich davon auch einen Nutzen versprechen. Während die Kosten der Ausbildung – zumindest auf den ersten Blick – relativ überschaubar sind, ist die Bewertung des Nutzens weitaus komplizierter und komplexer. Um hier für mehr Transparenz zu sorgen, hat das BiBB in seiner Studie neben den Ausbildungskosten auch wichtige Dimensionen des Ausbildungsnutzens untersucht.

### Kosten

Der BFB weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich Ausbildung vor allem für Angehörige der Freien Berufe finanziell lohne. Laut der Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) ist für Freiberufler die Rekrutierung von Fachkräften über den Arbeitsmarkt in der Regel teurer als die eigene Ausbildung des Nachwuchses.

Die Ausbildungskosten setzen sich im Wesentlichen zusammen aus den Personalkosten der Auszubildenden (Ausbildungsvergütungen, Sozialversicherungsbeiträge, tarifliche und freiwillige Sozialleistungen) sowie den Personalkosten für alle an der Ausbildung beteiligten Mitarbeiter. Erstere betragen pro Auszubildenden und Jahr über alle Ausbildungsbereiche hinweg 8.269 €, letztere 5.893 €. Einen weiteren Kostenfaktor stellen die Anlage- und Sachkosten der Ausbildung dar. Diese belaufen sich auf 545 €. Sonstige Kosten (z.B. für Lehr- und Lernmittel, Prüfungsgebühren usw.) entstehen in Höhe von 1.728 €. Bezieht man alle oben genannte Kostenarten mit ein (Vollkostenrechnung), so liegen die durchschnittlichen Bruttokosten bei 16.435 € pro Auszubildenden und Jahr. Da der Auszubildende in der betrieblichen Ausbildung in der Regel auch produktiv ist, das heißt er leistet für den Betrieb wirtschaftlich verwertbare Arbeiten, müssen diese geschätzten Erträge in Höhe von durchschnittlich 7.730 € abgezogen werden, sodass sich Nettokosten in Höhe von 8.705 € ergeben.

### Nutzen

Die betriebliche Berufsausbildung ist mit Vorteilen verbunden, die ein Ausbildungsbetrieb gegenüber einem nicht ausbildenden Unternehmen hat. Einer dieser Vorteile ist vor allem die Einsparung von Kosten bei der Einstellung externer Fachkräfte. Danach ergeben sich durch Ausbildung eingesparte Rekrutierungskosten von rund 4.752 € pro einzustellender Fachkraft in den Ausbildungsberufen der Freien Berufe. Zusätzlich zu den zu beziffernden Ausbildungsnutzen gibt es weitere wichtige Nutzelemente. Von großer Bedeutung dürften die Nutzelemente sein, die aus einem Ansehensgewinn (Image) des Betriebes bei Außenstehenden resultieren. Der Nutzen entspricht den Opportunitätskosten, welche dem Betrieb bei einem Verzicht auf Ausbildung entstehen würden. Komponenten dieser Opportunitätskosten sind:

- Rekrutierungskosten: Kosten, die zur Suche und Einstellung einer externen Fachkraft anfallen würden plus Kosten für Einarbeitung und Qualifizierung.
- Leistungsunterschiede zwischen betrieblich und extern Ausgebildeten: Im eigenen Betrieb ausgebildete Jugendliche erwerben dort frühzeitig ein Wissen über

die Besonderheiten des betrieblichen Dienstleistungsprozesses und der Arbeitsvorgänge.

- Fehlbesetzungs- und Fluktuationskosten: Bei der Einstellung eines Externen besteht ein höheres Risiko von Fehlbesetzungen, wodurch auch eine verstärkte Fluktuation ausgelöst werden könnte.
- Ausfallkosten: Wesentlicher Bestandteil der Ausbildung ist die Vermeidung von Ausfallkosten, welche dann entstehen, wenn ein bestehender Fachkräftemangel für eine gewisse Zeit nicht über den Arbeitsmarkt gedeckt werden kann. Je schwieriger die Lage am Arbeitsmarkt ist, desto stärker fällt dieser Nutzenaspekt ins Gewicht.

### Kosten-Nutzen im Vergleich

Als einziger Wirtschaftsbereich weisen demnach die Freien Berufe Nettoerträge auf, während in anderen Ausbildungsbereichen Nettokosten entstehen. Vergleicht man die Höhe der Teilkosten für eine durchschnittliche Ausbildungsdauer von drei Jahren mit den sich bei Durchführung einer Ausbildung ergebenden Einsparungsmöglichkeiten von Rekrutierungskosten, so wird deutlich, dass die betriebliche Ausbildung in der Regel eine rentable Investitionsentscheidung sein dürfte. Über alle Wirtschaftsbereiche hinweg stehen einem quantifizierbaren Nutzen von 5.765 € Gesamtkosten in Höhe von 7.344 € (3 mal 2.448 €) gegenüber. Bei den Freien Berufen erscheinen sogar Gesamterträge von 1.011 € (3 mal 337 €), die laut der Studie einen quantifizierbaren Nutzen von 4.752 € nach sich ziehen. Zu dem quantifizierbaren Nutzen kommen auch noch die nicht quantifizierbaren Nutzelemente hinzu, die je nach Wirtschaftsbereich eine mehr oder weniger große Bedeutung haben.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass laut der BiBB-Studie den Ausbildungskosten ein hoher Ausbildungsnutzen gegenüber steht. Die betriebliche Ausbildung – insbesondere im Bereich der Freien Berufe – bietet dem Ausbilder viele ökonomische Vorteile. Der Bundesverband der Freien Berufe ruft daher nochmals alle Freiberufler dazu auf, jungen Menschen eine Zukunftsperspektive zu geben und ihnen einen Ausbildungsplatz anzubieten.

Bundesverband der Freien Berufe, Pressedienst  
Reinhardtstraße 34, 10117 Berlin  
Tel.: (030) 284444-0, Fax: (030) 284444-40  
Info-bfb@freie-berufe.de, [www.freie-berufe.de](http://www.freie-berufe.de)

## Neuwahl des Vorstandes Kreisärztekammer Zwickauer Land

Am 13. Juli 2005 fand die erste turnusmäßige Tagung des neu gewählten Vorstandes der Kreisärztekammer Zwickauer Land statt. Neben aktuellen Problemen der Region standen die Erstellung von Fortbildungsangeboten und die Festlegung der Arbeitsbereiche der Mitglieder des Vorstandes im Mittelpunkt der Beratung.

Bereits im Mai 2005 hatten die Ärztekammermitglieder der Region Zwickauer Land den neuen Vorstand gewählt. Der langjährige Vorsitzende, Herr Oberarzt Dr. med. Rainer

Kobes, kandidierte aus persönlichen Gründen nicht mehr. Ihm wurde vom Wahlvorstand für seinen 10-jährigen engagierten Einsatz als Vorsitzender der Kreisärztekammer herzlich gedankt. Auch die Vorstandmitglieder, die zur Wahl nicht mehr angetreten waren, erfuhren den Dank der übrigen Mitglieder.

Zum neuen Vorsitzenden der Kreisärztekammer wurde Herr Oberarzt Dipl.-Med. Stefan Hupfer gewählt, als Stellvertreter ist weiterhin Herr Chefarzt Dr. med. Lothar Griesbach bestätigt worden. Die weiteren

Vorstandsmitglieder sind: Herr Dr. med. Jürgen Berger, Herr Dr. med. Frieder Braun, Herr Oberarzt Dr. med. Stephan Graupner, Herr Oberarzt Dipl.-Med. Jürgen Henneberg, Frau Dipl.-Med. Katrin Langel, Frau Dr. med. Ruth Popp, Herr Dr. med. Albrecht Siegel und Herr Dr. med. Diethard Weichsel.

Dipl.-Med. Stefan Hupfer  
Vorsitzender der Kreisärztekammer  
Zwickauer Land

## Neue Rufnummern der Sächsischen Landesärztekammer

**Einwahl: (0351) 82 67-0**  
**Durchwahl: (0351) 82 67-**

Präsident	Herr Prof. Dr. Schulze	400		Vorsitzender der	Herr Prof. Dr. Bach	320	
Vizepräsident	Herr Dr. Windau	402		Sächsischen Akademie			
Sekretariat	Frau Weitzmann	401	Fax 412	für ärztliche Fort- und			
Hauptgeschäftsführerin	Frau Dr. Diefenbach	410		Weiterbildung			
Sekretariat	Frau Körner	411	Fax 412	Referat Fortbildung	Frau Rose	321	Fax 322
Referat Presse- und					Frau Marx	323	
Öffentlichkeitsarbeit	Herr Köhler M. A.	160			Frau Dobriwolski	324	
Redaktion Ärzteblatt	Herr Prof. Dr. Klug	163			Frau Treuter	325	
	Frau Hüfner	161	Fax 162		Herr Ziegler	326	
Referat	Frau Hartmann	170	Fax 172		Frau Wodarz	327	
Arzthelferinnenwesen	Frau Jähne	171		Referat			
	Frau Kulcsár	173		Projektgeschäftsstelle	Herr Dr. Schlosser	380	Fax 382
Referat EDV, Informatik	Herr Kögler	370		Qualitätssicherung	Frau Rändler	381	
	Herr Eckert	371			Frau Kaiser	386	
	Herr Kascha	374			Frau Pürschel	387	
Rechtsabteilung	Herr Ass. Kratz	420			Frau Friedrich	388	
	Herr Dr. Gruner	428		Referat Ärztliche Stelle			
	Frau Bärwald	421	Fax 422	RöV/StrlSchV	Herr Böhme	384	
	Frau Klahre	423			Frau Philipp	383	
	Frau Rätz	424		Kaufmännische			
	Frau Martin	425		Geschäftsführerin	Frau Keller	430	
	Frau Anders	426		Sekretariat	Frau Wunderlich	431	Fax 446
	Frau Reinicke	427		Referat Finanzwesen	Frau Kaupisch	433	
Referat Gutachterstelle	Herr Dr. Kluge	130			Frau Ertel	434	
für Arzthaftungsfragen	Frau. Riedel	131	Fax 132		Frau Boedemann	435	
	Frau Anders	133		Referat Beitragswesen	Frau Grünberg	432	
Ärztlicher Geschäftsführer	Herr Dr. Herzig	310			Frau Wagner	436	
Sekretariat	Frau Preißler	311	Fax 312		Frau Altmann	437	
Referat Weiterbildung/					Frau Bräunling	438	
Prüfungswesen	Frau Dr. Gäbler	313		Referat Hausverwaltung	Herr Walther	390	Fax 392
	Frau Dittrich	318			Frau Gorzel	391	
Gebiete/Schwerpunkte/	Frau Ziegler	314		Referat Berufsregister	Frau Richter		
Fakultative Weiterbildung	Frau Ballack	315			(T, U, V, W, X, Y, Z)	360	
Weiterbildungsbefugnis/	Frau Eichhorn	317			Frau Drews (A, C, D, E, F)	361	
Zusatzbezeichnung					Frau Schneider		
Weiterbildungsbefugnis/	Frau Fischer	316			(H, M, N, O, P, Q, R, St)	362	
Fachkundenachweis					Frau Löw (B, G, I, J, L)	363	
Referat Medizin. Sachfragen	Frau Dr. Maurer	330			Herr Helbig (K, S, Sch)	364	
Referat Ethikkommission	Frau Ass. Blume	333			Frau Kaluza	365	
	Frau Grimmer	331	Fax 332				

## Entwicklung von Brustzentren in Sachsen

Derzeit ist mit etwa 50.000 bis 60.000 Neuerkrankungen an Brustkrebs pro Jahr in Deutschland und 2.500 bis 3.000 in Sachsen zu rechnen. Eine Reihe retrospektiver Erhebungen aus den 1980er und 1990er Jahren hat darauf hingewiesen, dass die Behandlungsergebnisse bei der Früherkennung und der Therapie des Brustkrebses in Deutschland im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern noch zu verbessern sind. Im Gegensatz zu einigen Nachbarländern steht in Deutschland den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen ein mammographisches Screening auf Brustkrebs noch nicht landesweit zur Verfügung, auch bestehen deutliche regionale Unterschiede in der Art der Behandlung des Brustkrebses im Hinblick auf die Anwendung der brusterhaltenden Therapie, onkoplaster Operationen, der adjuvanten Chemotherapie und Hormontherapie sowie der Krebsnachsorge. In dieser Situation haben sich die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und die Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS) entschlossen, ein Zertifizierungskonzept für interdisziplinäre Brustzentren zu entwickeln, das sowohl wissenschaftlich fundiert als auch durch internationale Normen evaluierbar ist. Ziel dieser Zertifizierungsoffensive der Fachgesellschaften ist eine Qualitätssicherung auf hohem Niveau in Anlehnung an die von der European Society of Mastology (EUSOMA) erarbeiteten Kriterien.

### Definition des Brustzentrums in den Disease Management Program (DMP)-Verträgen

Die Bezeichnung „Brustzentrum“ ist kein geschützter Begriff. Jede Praxis und Abteilung, in der auch mit einer geringen Häufigkeit Frauen mit Brustkrebs behandelt werden, könnte sich als Brustzentrum bezeichnen. Auch im Disease Management Program (DMP) zum Brustkrebs, das inzwischen in einigen Bundesländern in unterschiedlicher Form etabliert ist, sind Brustzentren (Brustkliniken) vorgesehen. Die von den beiden Fachgesellschaften an die Zertifizierung eines Brustzentrums gestellten Anforderungen gehen allerdings weit über den Standard einer Brustklinik in einem DMP hinaus. Beim DMP zum Brustkrebs, das derzeit (Stand Dezember 2004) in Sachsen noch nicht aktiv ist, handelt es sich definitionsgemäß um ein strukturiertes Behandlungsprogramm, das sich an Leitlinien orientiert, jedoch sich nicht an der Struktur- oder Ergebnisqualität von Brustzentren ausrichtet. Mit den Begriffen „Struktur- und

Ergebnisqualität“ ist dabei die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Grundlage von Kooperationsverträgen, die prä- und postoperative interdisziplinäre Beratung, die Erfüllung von bestimmten diagnostischen und therapeutischen Mindestanforderungen, die Einhaltung von Mindestanzahlen (zum Beispiel 150 primäre Brustkrebsfälle pro Zentrum und 50 pro Operateur und Jahr, 3000 Mammographien mit zunächst 20 Prozent in Doppelbefundung, 70 Prozent brusterhaltende Therapie im Stadium T1), die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung des Personals, die statistische Aufarbeitung der Behandlungsergebnisse und die Einbeziehung von Wünschen und Vorschlägen der betroffenen Frauen gemeint. Da ein DMP-Vertrag keine Anforderungen an die Struktur eines Brustzentrums vorsieht, ist ein DMP-Programm als solcher zunächst nicht geeignet, die Qualität eines Brustzentrums zu definieren. Es erscheint daher mehr als fraglich, ob durch die bundesweite Einschreibung aller Frauen mit Brustkrebs in DMP-Programme die diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse nachweislich verbessert werden können. An dieser grundlegenden Schwäche der DMP-Programme und der mit dem Erstellen und Versenden von Datensätzen verbundenen zusätzlichen Belastung der behandelnden Ärzte ist in der letzten Zeit von vielen Seiten Kritik geübt worden.

Ein wesentlicher Nachteil im Verhältnis der im Aufbau befindlichen DMP-Programme zu den Brustzentren ist, dass die Brustzentren nicht in die laufende Tumornachsorge nach dem Abschluss der primären und adjuvanten Therapie einbezogen sind. Vielmehr wird die

Tumornachsorge aktuell mehrheitlich in den niedergelassenen gynäkologischen, internistisch-onkologischen und zum Teil auch allgemeinmedizinischen Fachpraxen durchgeführt. Diese Arbeitsteilung zwischen den niedergelassenen Fachpraxen und den Brustzentren hat sich bewährt und sollte beibehalten werden. Die Sorge, dass die zertifizierten bzw. akkreditierten Brustzentren mittelfristig bestrebt seine könnten, selbst in der Tumornachsorge nach Mamma-Ca. tätig zu werden, ist unbegründet, da den Brustzentren sowohl die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in diesem Tätigkeitsfeld fehlt als auch die personelle und räumliche Ausstattung eine derartige Expansion in keiner Weise zulässt. Um den behandelnden Brustzentren gleichwohl die Möglichkeit zu geben, über eine Nachuntersuchung der von ihnen operierten und adjuvant nachbehandelten Patienten zu einem definierten Zeitpunkt nach der Erstbehandlung das kosmetische Ergebnis, die Zufriedenheit, die Rezidivhäufigkeit und andere Parameter zu evaluieren, wird angeregt, in den neu zu verhandelnden DMP-Programmen die Möglichkeit der Vorstellung in dem erstbehandelnden Brustzentrum in bestimmten Intervallen (zum Beispiel alle zwei Jahre) aufzunehmen. Die dafür zu zahlende Vergütung sollte im DMP-Vertrag enthalten sein.

### Definition des Brustzentrums nach den Anforderungen der Fachgesellschaften DKG und DGS

Die beiden Fachgesellschaften DKG und DGS haben einen Katalog fachlicher Anforder-

derungen zur Zertifizierung von Brustzentren entwickelt, der die vom Europäischen Parlament für die Zertifizierung eines Brustzentrums empfohlenen EUSOMA-Kriterien (1) nahezu vollständig berücksichtigt, aber in weiten Bereichen über diese hinausgeht (2). Die Zertifizierung eines Brustzentrums nach den EUSOMA-Kriterien erfordert die Erfüllung von 67, die nach den Kriterien der DKG und DGS dagegen von 173 Standards (Tab. S. 443, 444). Die Qualitätssicherung nach dem fachlichen Anforderungskatalog für Brustzentren der DKG und DGS (3) ist somit weit aus unabhängiger und mit mehr Vergleichsparametern unterlegt als die Zertifizierung nach den EUSOMA-Kriterien. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Zertifizierungen besteht zudem darin, dass bei der Akkreditierung nach den Kriterien der EUSOMA (1) kein Nachweis der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (z. B. KTQ, DIN ISO 9001, JCIA) verlangt wird, wodurch die Überprüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nicht möglich ist. Eine Abweichung der fachlichen Anforderungen für Brustzentren der DKG und DGS von den Kriterien der EUSOMA besteht z. B. in der Anzahl der in einer interdisziplinären Fallkonferenz zu besprechenden Fälle. Während die deutschen Richtlinien (3) verlangen, dass zunächst 20 Prozent (Minimalforderung) und später 50 % der Fälle in einer interdisziplinären Konferenz besprochen werden müssen, verlangen die Kriterien der EUSOMA (1), dass jeder Fall interdisziplinär besprochen wird, was in der Praxis kaum realisierbar sein dürfte. Die DKG und DGS möchten darüber hinaus auch das regelmäßige Angebot plastisch-rekonstruktiver Operationsverfahren in allen Brustzentren garantieren. Prinzipiell ist die Zertifizierung eines Brustzentrums in Deutschland sowohl nach den Kriterien der EUSOMA als auch nach den weitaus umfangreicheren und höherwertigen Kriterien der DKG und DGS möglich. Bislang hat sich in Deutschland die ganz überwiegende Zahl der Brustzentren zur Zertifizierung nach dem Anforderungskatalog der DKG und DGS entschlossen. Nahezu 100 Brustzentren befinden sich derzeit im Zertifizierungsverfahren oder haben dieses abgeschlossen (4). Nach der Prüfung der fachlichen Voraussetzungen erfolgt die erste Zertifizierung auf der Grundlage eines mindestens zweitägigen Audits durch zwei unabhängige Fachprüfer einer akkreditierten Institution.

Danach folgen jährliche Überprüfungsaudits, bei denen das Zertifikat wieder aberkannt werden kann, wenn grobe Verstöße gegen die im Handbuch über das Qualitätsmanagement festgelegten Anforderungen festgestellt werden. Die Liste der von der DKG und DGS zertifizierten Brustzentren wird laufend aktualisiert und kann im Internet auf der Website der Krebsgesellschaft eingesehen werden (5). Die Zertifizierungsbewegung hat zwischenzeitlich auch Sachsen erfasst. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Manuskriptes (Dezember 2004) haben zwei Zentren die Anerkennung der DKG und DGS erhalten, nämlich das Brustzentrum am Städtischen Klinikum Görlitz gGmbH am 27. Mai 2004 und das Brustzentrum am Klinikum Chemnitz gGmbH am 7. August 2004. Weitere Brustzentren befinden sich im Aufbau und im Zertifizierungsverfahren, etwa am Universitätsklinikum Dresden und andernorts. Der Entschluss zur Zertifizierung eines Brustzentrums nach den Kriterien der DKG und DGS ist freiwillig. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass die Zertifizierungsinitiative in Sachsen bisher von den Fachgesellschaften getragen und nicht, wie etwa in Nordrhein-Westfalen, von einer von staatlicher Seite besetzten Kommission über die flächendeckende Ernennung von Brustzentren bestimmt wurde.

#### Struktur eines Brustzentrums

Der Grundgedanke eines Brustzentrums ist der interdisziplinäre Ansatz. Jede der beteiligten Fachdisziplinen soll ihre spezifischen Kenntnisse und Erfahrungen bei der Früherkennung und Behandlung des Brustkrebses einbringen, um einen individuellen Behandlungsplan für die betroffene Frau zu erstellen, der einerseits neueste wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt und andererseits die mit der Behandlung verbundene Belastung auf ein notwendiges Minimum reduziert. In Abhängigkeit von den regionalen Gegebenheiten sind unterschiedliche Konstruktio-nen möglich und sinnvoll, wobei das Brustzentrum in der Gestaltung seiner Struktur weitgehende Freiheiten genießt. Der Leiter des Brustzentrums kann ein Frauenarzt, ein plastischer Chirurg, ein internistischer Onkologe oder auch ein anderer Fachkollege sein, das Brustzentrum kann alle Aspekte der Behandlung entweder am Krankenhaus oder teilweise in niedergelassener Fachpraxis erbringen und die Behandlung kann an einem einzigen Standort oder an mehreren Stand-

orten erfolgen (dezentrale Erbringung), wobei ein Brustzentrum mit mehreren Standorten nur dann das Prädikat der DKG und DGS erhalten kann, wenn alle Standorte gleichzeitig ein etabliertes System für Qualitätsmanagement (zum Beispiel KTQ, DIN ISO 9001, JCIA) vorweisen können und zugleich die fachlichen Anforderungen (5) erfüllen. Eine Kooperation „kleiner“ gynäkologischer Abteilungen, von denen jede für sich genommen nicht die für ein Brustzentrum erforderliche Mindestanzahl von 150 Primärbehandlungen im Jahr durchführt, ist prinzipiell möglich. Eigene Erfahrungen am Brustzentrum am Klinikum Chemnitz, das mit zwei weiteren gynäkologischen Abteilungen in der Region eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, weisen darauf hin, dass es durch eine derartige Kooperation durchaus zu einer Verbesserung des Behandlungsangebotes an jeder einzelnen Abteilung, aber nicht unbedingt zu einer nennenswerten Wanderung von Frauen mit Brustkrebs von einer Institution in die andere kommt.

#### Ausblick

Für die Zukunft ist mit dem Entstehen weiterer zertifizierter Brustzentren in Sachsen zu rechnen, die aufgrund unterschiedlicher personeller und organisatorischer Gegebenheiten in einen fruchtbaren Wettbewerb untereinander treten werden. Es wäre wünschenswert, wenn sich das in Zukunft in Sachsen zu etablierende DMP zum Brustkrebs an diesen im Aufbau befindlichen Strukturen orientiert. An die Kostenträger ist zu appellieren, dass der erhebliche personelle und organisatorische Aufwand, dem sich ein Brustzentrum im Zuge der freiwilligen Zertifizierung – gleichgültig nach welchen Kriterien – zu unterziehen hat, und die dadurch zu erzielende Verbesserung der Behandlungsqualität auch bei der Vergütung der Behandlungsleistungen Berücksichtigung finden sollte. Das Manuskript wurde in der Sitzung der Fachkommission Brustkrebs der Sächsischen Landesärztekammer am 27. April 2005 beraten.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Thomas Steck, Direktor der Frauenklinik der Klinikum Chemnitz gGmbH, Flemmingstr. 4, 09116 Chemnitz, Tel.: 0371 333-22200, Fax: 0371 333-22121, E-mail th.steck@skc.de

	<b>EUSOMA-Kriterien</b>	<b>Zertifikat DKG/DGS</b> (Erhebungsbogen)
Anzahl der Kriterien	67  davon mit quantifizierbarer Mindestvorgabe (Mindestzahlen): 10	173 davon mit Mindestvorgaben: 137  davon mit quantifizierbarer Mindestvorgabe (Mindestzahlen): 69
<u>Grundlagen für die Erstellung der Kriterien:</u>	Empfehlungen der British Breast Group der British Association of Surgical Oncology (BASO), UK NHS Executive, Leitlinien der European Society of Surgical Oncology (ESSO), European Guidelines for Quality Assurance in Mammographic Screening	DKG S3-Leitlinie „Brustkrebs-Früherkennung“, EUSOMA Leitlinien (Blamey et al.: The requirements of a specialist breast unit, EJC 36(2000) 2288-2293)
<u>Qualitätsmanagementsystem</u> (nach ISO DIN 9001, KTQ, o.ä.) mit mind.jährlichem Audit vor Ort	nicht gefordert	muss als Voraussetzung für die Erteilung des Zertifikats DKG/DGS vorhanden sein
<u>Struktur des Brustzentrums:</u>	Es muss einen von anderen Abteilungen des Krankenhauses unabhängigen Leiter des Brustzentrums geben	Keine Angabe
<u>Interdisziplinarität:</u> Fachdisziplinen mit verpflichtender Teilnahme an der Tumorkonferenz:	Es sollen die Mitglieder des „Core team“ teilnehmen (Operateur, Radiologe, Onkologe, Strahlentherapeut, Pathologe, „Breast nurse“, „Data manager“)	Operateur (Gynäkologe/Chirurg), Radiologe, onkologisch versierter Gynäkologe und internistischer Onkologe, Strahlentherapeut, Pathologe
Anteil der zu besprechenden Patientinnen	keine Angabe („...this meeting [...] must consider cases under diagnosis and the forward planing of patients who have received surgery...“)	1 Jahr nach Erstzertifizierung: 20 % aller präoperativen und 20 % aller postoperativen Fälle 3 Jahre nach Erstzertifizierung: 50 % aller Fälle
<u>Kooperation mit niedergelassenen Ärzten:</u>	Keine Angabe	Bereitstellung der notwendigen Informationen für weiterbehandelnde Ärzte innerhalb einer Woche Definieren Rückmeldesystem für Komplikationen, die weiterbehandelnde Ärzte feststellen Durchführung gemeinsamer Fortbildungen/Morbiditätskonferenzen
<u>Zugang zur Selbsthilfe</u>	Keine Angabe (außer „Women must be offered written information“, ohne dass angegeben wird, wer die Informationen liefern soll)	Zugang zu existierenden Selbsthilfegruppen muss vertraglich sichergestellt sein Nachweis eines Algorithmus, wie der Zugang zu Informationen der Selbsthilfegruppen sichergestellt ist
<u>Psychosoziale und psychoonkologische Betreuung:</u>	Fester Ansprechpartner (Psychiater oder klinischer Psychologe) muss für das Zentrum definiert sein	Mind. 1 Psychoonkologe im Stellenplan des Zentrums Mindestens Bereitstellung von: Beratung/Begleitung Entspannungsverfahren Krisenintervention Mind. 1 Sozialarbeiter im Stellenplan des Zentrums
<u>Wissenschaftliche Aktivitäten:</u>	Zentren sollen ermutigt werden, Forschungsmöglichkeiten schaffen	Studienbeauftragter und Study Nurse müssen vorhanden sein Mindestens 30 % der Patientinnen mit Primärtherapie sollen innerhalb von Studien behandelt werden
<u>Tumordokumentation:</u>	Ein „data manager“ muss zum Kernteam gehören, die Erfassung der Daten soll landesweit erfolgen, als Grundlage wird ein von der EUSOMA definierter Datensatz gefordert („die definierter „EUSOMA database““)	Ein Tumordokumentationssystem muss vorhanden sein, Datensätze entsprechend den Dokumentationsgrundlagen zur Interdisziplinären Leitlinie „Mammakarzinom“ der Deutschen Krebsgesellschaft (Anlage zu S3-Leitlinien) Stammdaten Konsultierte Klinikärzte Ersterhebung Therapie Verlauf Therapieabschluss
<u>Radiologie:</u>	Spezifizierte Angaben zur Anzahl und Qualifikation des Personals, Mindestanforderungen an Geräte entsprechend den EUSOMA guidelines, mind. 5000 Mammografien pro Jahr, Teilnahme an nationalem Screening-Programm	Spezifizierte Angaben zur Anzahl und Qualifikation des Personals, Mindestanforderungen an Geräte entsprechend den EUSOMA guidelines, mind. 3000 Mammografien pro Jahr bei Erstzertifizierung, mind. 5000 Mammografien pro Jahr 3 Jahre nach Erstzertifizierung, Teilnahme an nationalem Screening-Programm, zusätzlich Angaben zur Mindestverfügbarkeit von MRT (>5%). Möglichkeit zur Drahtmarkierung, der Präparateradiografie, der Galaktografie. Nachweis der Anwendung der DKG S3-Leitlinie

	<b>EUSOMA-Kriterien</b>	<b>Zertifikat DKG/DGS</b> (Erhebungsbogen)
<u>Nuklearmedizin:</u>	Keine spezifische Angabe	Spezifizierte Angaben zu Anzahl, Ausbildung des Personals, Mindestuntersuchungszahlen pro Jahr. Möglichkeit der Sentinellymphknotenszintigrafie, Nachweis der Anwendung der DKG S3-Leitlinie
<u>Angaben zur operativen Disziplin:</u>	Die Operateure (mind.2) müssen mindestens 50 OP pro Jahr durchführen, müssen ausschließlich Brustoperationen vornehmen, müssen mindestens einmal pro Woche auch diagnostisch tätig sein, sie müssen mindestens 28 bis 32 Std. pro Woche mit der Diagnostik und Therapie von Brusterkrankungen beschäftigt sein. Es müssen mindestens 150 Neuerkrankungen pro Jahr in allen Stadien und Altersklassen am Zentrum behandelt werden („critical mass“) Es muss der Zugang zu plastischen OP-Verfahren bestehen, basale plastische Verfahren (Wiederaufbau der Brust) müssen von den Operateuren beherrscht werden Onkologe zur Durchführung der adjuvanten Therapie muss zur Verfügung stehen	Ein Operateur muss mindestens 50 OP pro Jahr durchführen, auch wenn es sich um einen von mehreren Standorten (mit 50 Neuerkrankungen pro Jahr) handelt, der Operateur muss nicht ausschließlich Brust-OP vornehmen, mind. 2 Fachärzte, es müssen mindestens 100 Neuerkrankungen pro Jahr bei Erstzertifizierung und 150 Neuerkrankungen pro Jahr 3 Jahre nach Erstzertifizierung nachgewiesen werden, mind. 10 stationäre Betten für das Brustzentrum, Nachweis onkologischer Fachschwestern, Spezifizierung von 6 Operationsverfahren einschließlich der brusterhaltenden und korrigierenden Verfahren, die nachgewiesen werden müssen Spezifizierung der Weiterbildung einschließlich von Qualitätszirkeln, Festlegung von Zahlen, die bei den OP's insgesamt erbracht werden müssen (Mindestzahlen für Anteil OP's mit durchgeführter Axillaresektion, brusterhaltende OP, Zufriedenheit der Pat. Mit kosmetischem Ergebnis (Fragebogen), Maximalzahlen für Revisionsoperationen, Rezidivraten nach 10 Jahren, postoperative Wundinfektion, Anteil maligner/benigner offener Biopsien) Nachweis von Mindestzahlen in der adjuvanten Therapie (Erfahrung bei der Durchführung adjuvanter Chemo- und Hormontherapien pro Jahr, Qualifikationsnachweis für die medikamentöse (Chemo-)Therapie
<u>Wartezeiten:</u>	Termin am Brustzentrum innerhalb von 10 Werktagen Durchführung aller wichtiger bildgebender Verfahren und Mitteilung des Ergebnisses möglichst am selben Tag Mitteilung der Tumordiagnose mindestens innerhalb von 5 Werktagen persönlich durch den Arzt unter definierten Rahmenbedingungen	Termin am Brustzentrum innerhalb von 2 Wochen. Orientierungsgröße von max. 60 Minuten Wartezeit bei Vorstellung im Brustzentrum Fertigstellung der Histologie innerhalb von 6 Wochen-tagen Mitteilung des histologischen Ergebnisses innerhalb einer Woche durch den Arzt persönlich
<u>Strahlentherapie:</u>	Definition der Mindestausstattung der Geräte Teilnahme an Qualitätssicherung vorgeschrieben	Definition der Mindestausstattung an Geräten, Qualifikation und Weiterbildung des Personals einschl. Qualitätszirkel Festlegung von Mindestzahlen für Nachbestrahlungen bei brusterhalender und nicht brusterhaltender Therapie
<u>Pathologie:</u>	Max. 2 für Brustkrebs spezialisierte Pathologen mit kontinuierlicher Erfahrung Teilnahme an nationalen Qualitätssicherungsprogrammen vorgeschrieben	Definition von Mindestanforderungen an Qualifikation und Weiterbildung des Personals, Aufzählung der pathologischen Verfahren, die zur Verfügung stehen müssen, Definition von Mindestzahlen für Anzahl der untersuchten Lymphknoten, Anzahl der Mammakarzinomdiagnosen pro Jahr, Zeitraum für Befundung von Schnellschnitten, Aufbewahrungszeit der Paraffinblöcke, Angabe des Sicherheitsabstandes, Hormonrezeptoranalyse
<u>Onkologie</u>	Erfahrener intern. Onkologe oder (in manchen Ländern) entsprechend spezialisierter Radiotherapeut muss Mitglied des Kernteams sein	Mind. 4 stationäre Betten für die Chemotherapie, Nachweis von Mindesterfahrung in der Durchführung von chemo- und Hormontherapie (Intern. Onkologe oder onkol.versierter Gynäkologe mit def. Mindesterfahrung gefordert) Spezifizierung von Qualifikation und Weiterbildung und spez. Kenntnisse Mind. 60 % amb. Chemotherapien, 95 % Hormontherapien bei rez.pos. Karzinomen
<u>Kosten für den Zertifikatserwerb:</u>	Bisher kein definiertes Verfahren publiziert, Kosten für zwei „akkreditierte“ Zentren in Deutschland nicht bekannt	Für Qualitätsmanagementsystem und Zertifikat DKG/DGS ca. 5000-7000 € pro Jahr (je nach Größe des Zentrums), bei Inanspruchnahme externer Beratung für beide Zertifikate einmalig ca. 50.000 bis 60.000 €

## 9. Internationale Konferenz Primary Therapie of Early Breast Cancer

St. Gallen  
2005

### Ergebnisse und Konsequenzen für die klinische Praxis

Das Experten-Board „Mammakarzinom in Sachsen“ hat sich zum Ziel gesetzt, über die St. Gallener Empfehlungen hinaus unter Berücksichtigung der aktuellen AGO-Leitlinien und der S3-Leitlinie der DKG für unsere Region Therapieempfehlungen zu formulieren. Dies erscheint um so notwendiger, da zumindest der St. Gallener Konsens sehr allgemein gehalten ist und Entscheidungen zur adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms in vielen Fällen zahlreiche Optionen beinhalten.

Vom 26. bis 29. Januar 2005 fand in St. Gallen die 9. Internationale Konferenz zur Primärtherapie des frühen Mammakarzinoms statt. Ein Panel aus 28 international anerkannten Brustkrebs-Experten unter der Leitung von A. Goldhirsch (Schweiz) und J. Glick (USA) erarbeitete auf Grundlage der großen prospektiv randomisierten Studien zur adjuvanten Therapie Empfehlungen für die tägliche klinische Praxis. Ein Beleg für den großen internationalen Stellenwert der St. Gallener Konferenz sind die nahezu exponentiell steigenden Teilnehmerzahlen mit zuletzt ca. 4200 internationalen Gästen (Abb. 1).

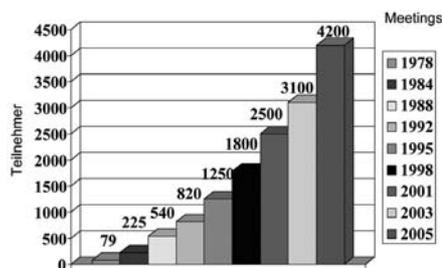


Abb. 1 St. Gallen – Teilnehmeranzahl (nach Senn StG05)

Bei der diesjährigen Konsensus-Konferenz hielten im Gegensatz zu 2003 vier Wissenschaftler aus der Bundesrepublik Deutschland Hauptvorträge und zwei Teilnehmer (M. Kaufmann, Frankfurt; K. Possinger, Berlin) wurden in das Experten-Panel berufen.

Der Konsensus-Prozess verläuft seit vielen Jahren nach einem festgelegten Procedere jeweils am letzten Tag der Konferenz, nachdem die Hauptthemen zur primären Therapie des Mammakarzinoms an den Vortagen im Rahmen hochkarätiger Vorträge behandelt wurden. Erstmals wurden in diesem Jahr die Konsensus-Empfehlungen nach einer TED-Abfrage des Experten-Panels erstellt. Bei zahl-

Tabelle 1 Neue Risikoklassifikation nach St. Gallen 2005

	Niedriges Risiko	Mittleres Risiko	Hohes Risiko
<b>hormonsensibel</b>	$N_0$ , ER/PR-positiv plus <u>alle</u> Faktoren: – $pT \leq 2$ cm – $G_1$ – Alter $\geq 35$ Jahre – keine vaskuläre Invasion – HER-2-negativ  Eigene Gruppe? – $pT \leq 1$ cm – $G_{1/2}$	$N_0$ , ER/PR-positiv plus ein Faktor: – $pT > 2$ cm oder – $G_{2/3}$ oder – Alter $< 35$ Jahre  <i>oder</i>  $N+$ (1 – 3 positive Lymphknoten), keine vaskuläre Invasion HER-2-negativ	ER/PR-positiv $N + (\geq 4$ positive Lymphknoten)  <i>oder</i>  $N+$ (1 – 3 positive Lymphknoten), extensive vaskuläre Invasion, HER-2-positiv
<b>nicht hormonsensibel</b>	_____	gleiche Faktoren plus ER/PR negativ	gleiche Faktoren plus ER/PR-negativ

reichen Fragen wurde entsprechend der unterschiedlichen Evidenz wissenschaftlicher Studiendaten sehr heterogen abgestimmt. Die endgültige Veröffentlichung der St. Gallener Konsensus-Empfehlungen erfolgt dann nach Überarbeitung durch die Mitglieder des Panels im Herbst 2005 im Journal of Clinical Oncology (JCO), wobei vorab mit einer Publikation im Internet zu rechnen ist.

### Welche Neuerungen gibt es nach St. Gallen 2005?

Eine Neuerung gegenüber dem letzten Konsensus bestand in der Einführung einer neuen Risikoklassifikation. Die Stratifizierung erfolgt nunmehr nach Patientinnen mit

- niedrigem Risiko („low risk“),
- mittlerem Risiko („intermediate risk“) und
- hohem Risiko („high risk“).

Die HER-2/neu-Expression sowie vaskuläre Invasion/Lymphangiosis wurden als neue Prognosefaktoren akzeptiert. Solange eine vaskuläre Invasion/Lymphangiosis und eine HER-2/neu-Expression nicht nachweisbar sind, werden auch nodalpositive Patientinnen mit einem bis drei positiven Lymphknoten lediglich in die mittlere Risikogruppe eingeordnet. Demgegenüber gehören nunmehr Patientinnen mit einem bis drei positiven Lymphknoten und HER-2/neu-Expression und/oder vaskulärer Invasion/Lymphangiosis in die Hochrisikogruppe.

Maßgeblich für Therapieentscheidungen wird in Zukunft eine Quantifizierung des endokrinen Ansprechens sein. Dabei wird unterschieden zwischen

- hormonsensibel („endocrine responsive“),
- fraglich/unsicher hormonsensibel („uncertain endocrine responsive“) und
- nicht hormonsensibel („endocrine non-responsive“).

Tumoren mit positivem Östrogen- und/oder Progesteronrezeptor sind hormonsensibel. Fraglich bzw. unsicher hormonsensibel sind Tumoren mit einer niedrigeren oder mittleren Expression (Score) bzw. alle  $G_3$ - und/oder HER-2/neu-positiven Karzinome mit hoher Rezeptor-Expression. Tabelle 1 beinhaltet die neue Risikoklassifikation entsprechend den aktuellen St. Gallener Konsensus-Empfehlungen.

### Therapieentscheidung nach endokrinem Ansprechen

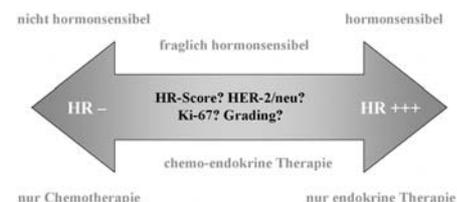


Abb. 2 Beziehungen zwischen Hormonsensibilität und Chemotherapie-Sensitivität (nach Albain StG05)

Tabelle 2

**Therapieempfehlungen – Niedriges Risiko**

Risikogruppe	HR+ hormonsensibel		HR+/- unklar hormonsensibel	
	Prä	Post	Prä	Post
Niedriges Risiko N0 + G1 + T< 2 cm oder T<1cm + jedes Risiko	Tam od. Nichts	AI od. Tam od. Nichts	Tam od. Nichts	AI od. Tam od. Nichts

nach St. Gallen, Konsensusdiskussion, 29.1.2005

Tabelle 3

**Therapieempfehlungen – Mittleres Risiko (intermediate)**

Risikogruppe	HR+ hormonsensibel		HR+/- unklar hormonsensibel	
	Prä	Post	Prä	Post
Mittleres Risiko N0 + 1 zusätzl. Risiko N1 – 3 ohne zusätzl. Risiko	OFS+Tam od. CT→Tam od. [CT→OFS+Tam]	AI od. Tam od. CT→ AI/Tam	CT→Tam od. [CT→OFS+Tam] od. CT	CT→AI CT→Tam

OFS = GnRHa od. Ovx, [] = Studienfrage,  
\*OFS + AI bei TAM KI/Tox in der Prämenopause unter Diskussion  
St. Gallen, Konsensusdiskussion, 29.1.2005

Zwischen Hormonsensibilität eines Tumors und Chemotherapie-Sensitivität besteht ein Zusammenhang. Mit Abnahme des Hormonrezeptorgehaltes (Score) steigt die Chemotherapie-Sensitivität (Abb. 2).

Aber auch bei fraglich hormonsensiblen oder hormonsensiblen Tumoren steigt der Nutzen einer zusätzlichen Chemotherapie bei G3-Tumoren, hoher HER-2/neu oder P53-Expression. Diese Zusammenhänge sind unabhängig vom Alter und dem Menopausenstatus betroffener Patientinnen nachweisbar.

**Adjuvante Chemotherapie**

Standard-Therapie ist eine anthrazyklinhaltige Dreierkombination (FAC, FEC). CMF sollte nur noch bei Anthrazyklin-Kontraindikationen und wenn, dann in einer ausreichenden Dosisintensität (≥ 85%) gegeben werden.

Bei nodalnegativen Patientinnen wird der Einsatz von Taxanen in der adjuvanten Situation abgelehnt. Demgegenüber sind diese bei Hochrisikopatientinnen eine Option, insbesondere wenn es sich um nicht hormonsensible Tumoren handelt. Das einzig bislang zugelassene Taxan für die adjuvante Therapie ist Docetaxel. Präferiert werden die Dreierkombination Docetaxel-Adriamycin-Cyclophosphamid (TAC) oder eine sequentielle Therapie mit Epirubicin, 5-Fluorouracil, Cyclophosphamid-Docetaxel (FEC-Doc). Es wird eine Mindestzahl von sechs Behandlungszyklen und immer die Kombination mit einem Anthrazyklin empfohlen. Eine dosisdichte Chemotherapie ist im Rahmen klinischer Studien für nodalpositive Patientinnen mit mehr als vier befallenen axillären Lymphknoten in Erwägung zu ziehen. Die Empfehlungen zum Einsatz der Taxane beruhen auf den Ergebnissen der nachfolgend

aufgeführten Studien: NSABP B28, CLAGB-9394, BCIRG-001 und PACS-01, in denen jeweils ein Vorteil für die simultane oder sequentielle Taxantherapie nachgewiesen werden konnte.

Es wurde in St. Gallen noch einmal darauf hingewiesen, dass das Alter per se keinen Einfluss auf die Entscheidung haben sollte, ob und welche Chemotherapie eingesetzt wird. Maßgeblich sind allein relevante Komorbiditäten als mögliche Kontraindikationen.

**Adjuvante endokrine Therapie**

Für die endokrine Therapie bei prämenopausalen Patientinnen ergeben sich derzeit keine Veränderungen. Standard ist eine zwei-(bis fünf-)jährige ovarielle Suppression mit einem GnRH-Analogon in Kombination mit einer Tamoxifen-Gabe. Zur Kombination GnRH-Analogon mit einem Aromatasehemmer sind bislang keine Daten verfügbar.

Für die postmenopausale Patientin wurden erstmals die Aromatasehemmer als neuer Standard neben Tamoxifen in der adjuvanten endokrinen Therapie definiert. Maßgeblich für diese Entscheidung waren die Ergebnisse der bislang fünf großen randomisierten Studien mit mehr als 25.000 Patientinnen, in denen ein statistisch signifikanter

Vorteil im krankheitsfreien Überleben bei Anwendung der Aromatasehemmer im direkten Vergleich mit Tamoxifen nachgewiesen werden konnte (ATAC-, IES-, BIG1-98-, ARNO/ABCSG-, MA-17-Studie). Wissenschaftlich interessant ist nach wie vor die Diskussion zum optimalen Zeitpunkt des Aromatasehemmer-Einsatzes (up-front, switch nach zwei bis drei Jahren oder nach fünf Jahren Tamoxifen = erweiterte Adjuvans).

Entscheidend für den sofortigen adjuvanten Einsatz des Aromatasehemmers (Anastrozol) sollte die individuelle Risikokonstellation sein. Patientinnen mit hormonrezeptorpositiven Tumoren und folgenden Risikofaktoren:

- ab pT2 (> 2 cm)
- G3
- ER+/PR-
- HER-2/neu-Überexpression

sollten in jedem Fall den Aromatasehemmer erhalten.

Tabelle 4

**Therapieempfehlungen – Hohes Risiko**

Risikogruppe	HR+ hormonsensibel		HR+/- unklar hormonsensibel	
	Prä	Post	Prä	Post
Hohes Risiko N+ 4+, N1-3 mit zusätzl. Risiko: HR-	CT→OFS+Tam od. CT→Tam	CT→AI* od. CT→Tam	CT	CT

OFS = GnRHa od. Ovx, [] = Studienfrage,  
\*OFS + AI bei TAM KI/Tox in der Prämenopause unter Diskussion  
AI: Initial Adj., adj. Switch und erweiterte Adj bei N+  
St. Gallen, Konsensusdiskussion, 29.1.2005

Ebenso profitieren alle nodalpositiven Patientinnen besonders von einer sofortigen Aromatasehemmer-Anwendung. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass das Rezidivrisiko in den ersten beiden Jahren nach der Diagnose am höchsten und damit auch der zu erwartende antitumoröse Effekt des Aromatasehemmers am ausgeprägtesten ist.

Inwieweit unter laufender Tamoxifen-Therapie wiederum bei erhöhtem Rezidivrisiko nach zwei bis drei Jahren eine Umstellung auf einen Aromatasehemmer erfolgt oder aber auch nach Abschluss einer fünfjährigen Tamoxifen-Behandlung sich eine weitere fünfjährige Aromatasehemmer-Therapie in

Form einer so genannten „erweiterten Adjuvans“ anschließt, muss mit den betroffenen Patientinnen jeweils individuell abgestimmt werden.

Die Tabellen 2, 3 und 4 fassen den vorläufigen St.-Gallen-Konsensus 2005 in Abhängigkeit von der neuen Risikoklassifikation zusammen.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler  
Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und  
Geburtshilfe am Städtischen Klinikum  
„St. Georg“ Leipzig  
Leiter des Nordwestsächsischen Brustzentrums  
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

#### U. Köhler im Namen des Experten-Boards<sup>1</sup> „Mammakarzinom in Sachsen“

<sup>1</sup> Mitglieder des Expertenboards: Dr. Baaske, Chemnitz; Prof. Dr. Distler, Dresden; Dr. Förster, Chemnitz; Prof. Dr. Köhler, Leipzig; Dr. Lampe, Weißenfels; Prof. Dr. Leitsmann, Zwickau; Dr. Lobodasch, Chemnitz; Dr. Lürmann, Hoyerswerda; Dr. Schlosser, Chemnitz; Dr. Schürer, Leipzig; Dr. Simon, Torgau; Prof. Dr. Steck, Chemnitz; Dr. Stubert, Schkeuditz; PD Dr. Tilch, Rodewisch

## Eintragungen in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Neueintragung im Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Leipzig, Registergericht

### Neueintragungen

**PR 96 23.06.2005 „Praxisklinik am Markt“ Dr. med. Harald Kaisers & Dr. med. Karl Heinz Horak Fachärzte für Plastische Chirurgie Ärztepartnerschaft, Leipzig (Markt 16, 04109, Leipzig).** Partnerschaft. Gegenstand der Partnerschaft: gemeinschaftliche Ausübung der vertragsärztlichen und privatärztlichen Tätigkeit als Plastische Chirurgen sowie Vornahme aller dazu erforderlichen und geeigneten Maßnahmen und Rechtsgeschäfte. Jeder Partner vertritt einzeln. Partner: Dr. med. Horak, Karl Heinz,

Facharzt für Plastische Chirurgie, Leipzig, \*09.09.1966; Dr. med. Kaisers, Harald, Facharzt für Plastische Chirurgie, Markkleeberg, \*03.02.1960.

Bekanntmachung der Eintragung im Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Leipzig, Registergericht

**PR 82 – 08.08.2005 Labor Dr. Reising-Ackermann und Partner Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, Humangenetik, Fachbiologe der Medizin, Leipzig (Strümpellstraße 40, 04289 Leipzig).**

Neuer Name: Labor Dr. Reising-Ackermann und Partner Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, Humangenetik, Innere Medizin, Fachbiologe der Medizin. Eingetreten: Partner: Dr. Scholz, Ute, Fachärztin für Innere Medizin, Leipzig, \*08.09.1970, vertretungsberechtigt gemeinsam mit einem der Partner Dr. Gisela Reising-Ackermann, Dr. Wolfgang Voerkel oder Dr. Jörg Leupold. Vertretungsregelung geändert: Partner:

Dr. med. Leupold, Jörg, Facharzt für Transfusionsmedizin, Leipzig, \*05.07.1968; Dr. med. Sühnel, Dirk, Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Leipzig, \*28.10.1968. Der Name der Partnerschaft ist geändert. ra

## Empfehlung zur Medikamentengabe in Kindertageseinrichtungen im Freistaat Sachsen

Sächsisches Staatsministerium  
für Soziales

Seit geraumer Zeit häufen sich Anfragen von pädagogischen Fachkräften und Trägern von Kindertageseinrichtungen, Eltern, Ärzten sowie Ämtern zur Verabreichung von Medikamenten an Kinder während des Aufenthalts in den Kindertageseinrichtungen. Die häufigsten Fragen werden nach gesetzlichen Grundlagen, welche die Gabe von Medikamenten durch pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen und den Versicherungsschutz regeln sowie zur Aufbewahrung von Medika-

menten gestellt. Aus diesem Anlass wurde durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS) unter Beteiligung der Landesärztekammer, des Jugendärztlichen Dienstes der Stadt Dresden und der Sächsischen Unfallkasse eine Empfehlung zur Medikamentengabe in Kindertageseinrichtungen erarbeitet. Enthalten sind neben grundsätzlichen Ausführungen auch Aussagen zu Voraussetzungen für die Medikamentengabe durch Erzieherinnen und zur Haftung und zum

Versicherungsschutz im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung sowie eine Checkliste für Leiter/innen und Formulare (Muster) die von Ärzten und Eltern der jeweiligen Kindertageseinrichtung ausgefüllt vorgelegt werden sollten.

Die Empfehlung ist unter [www.kita-bildungs-server.de](http://www.kita-bildungs-server.de) zu finden und wird im vollen Wortlaut in den Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen veröffentlicht.

## Privatisierung kommunaler Krankenhäuser

Weißeritztal-Kliniken GmbH

Herrn  
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Sehr geehrter Herr Kammerpräsident,

in der Ausgabe des Ärzteblattes Sachsen 07/2005 wurde Ihr Brief zu „Privatisierung kommunaler Krankenhäuser“ an den Oberbürgermeister der Stadt Dresden, Herrn Ingolf Roßberg sowie an den Regierungspräsidenten des Regierungspräsidiums Dresden, Herrn Henry Hasenpflug und an die Sächsische Staatsministerin, Frau Helma Orosz veröffentlicht.

Gestatten Sie uns zu diesem Brief eine Meinungsäußerung:

Sie stellen die Privatisierung kommunaler Häuser als erheblich risikobelastet dar und behaupten, dass kaum jemand danach frage, „was einen privaten Unternehmer dazu bewegen soll, die Lehre und Weiterbildung an diesen (seinen) Einrichtungen zu fördern“.

Diese Frage stellt sich aus unserer Sicht sehr wohl. Jeder Krankenhausträger muss daran Interesse haben, die Ausbildung, speziell die Facharzt-Weiterbildung in seiner Klinik zu fördern. Dies erklärt sich nicht zuletzt daraus, dass durch die Ausbildung/ Facharzt-Weiterbildung mit dem kennen lernen der Einrichtung, des Leistungsprofils, der Leistungsträger und mit dem eigenen fachlichen Wachsen in dieser Einrichtung, eine emotionale und territoriale Bindung entsteht. Rein wirtschaftlich ist dies für einen Krankenhausträger äußerst sinnvoll, da die Facharztabsolventen selbst später als motivierte und gut ausgebildete Mitarbeiter, oder im Falle der regionalen Niederlassung, als einweisende Kollegen mit der Klinik zusammenarbeiten.

Wir behaupten mit Nachdruck, dass in den Kliniken unserer Krankenhausträger die wichtige Weiterbildung zum Facharzt gewährleistet ist. Die „Abstriche“ ergeben sich lediglich durch die immer restriktivere Zulassungspolitik der entsprechenden regionalen Landesvertretung für die Beteiligung unserer Einrichtungen an der Facharzt-Weiterbildung. So wurde beispielsweise die Weiterbildungszeit im Fach Chirurgie in den Weißeritztal-Kliniken Freital und Dippoldiswalde GmbH trotz deutlich erweitertem Operations- und Diagnostik-Spektrum beschränkt!

Anträge zur Komplettierung der Weiterbildung an voll-weiterbildungsberechtigte Einrichtungen unter kommunaler Trägerschaft schlagen meist wegen „Einstellungstopp“, trotz Angebot eines Austauschplatzes, fehl. Die Landesvertretung lässt somit die Facharztabsolventen unserer Kliniken förmlich in der Luft hängen.

Auch der Vorwurf des Personalabbaues geht demnach ebenfalls an die kommunalen Träger zurück. Um nochmals auf die von Ihnen angesprochene Lehre und Weiterbildung einzugehen, sollen weitere Beispiele unter privater Trägerschaft, wie die Herzzentren in Leipzig und Dresden sowie das Park-Krankenhaus in Leipzig nicht ungenannt bleiben. Zum Vorwurf der alleinigen Ausrichtung des Krankenhausbetriebes privater Träger auf Gewinnmaximierung empfehlen wir die Lektüre der Unternehmenskodex der meisten privaten Krankenhausträger und weisen diesen als verantwortlich tätige Ärzte dieser Einrichtung zurück.

Im Übrigen scheint uns diese Diskussion in Anbetracht der gewinnorientierten Einstufung der Kammerbeiträge unangemessen zu sein. Zurückzuweisen ist auch der Vorwurf der Einschränkung des flächendeckenden Leistungsangebotes, welches mit fortschreitender Privatisierung einhergehe. In diesem Zusammenhang sollten die Krankenkassen als Verhandlungspartner um Bettenzahlen und Etablierungen von Fachabteilungen angesprochen werden. Die Vorwürfe zielen auch hier wieder auf den falschen Adressaten.

Leider ist dieser Brief für die in privater Trägerschaft tätigen und selbst als privat weitestgehend unabhängigen niedergelassenen Kollegen als sehr befremdlich, bestenfalls blauäugig einzuschätzen und erinnert etwas an die Geborgenheitsparolen vergangener Zeiten. Eine solche Schwarz-Weiß-Darstellung könnte durchaus als Einstimmen in die Kapitalismus-Debatte von Politikern, die ihrer Verantwortung nicht gerecht werden, zu verstehen sein und kann zum Gefühl der Diskriminierung bei allen Kollegen führen, die in Kliniken unter privater Trägerschaft arbeiten und ihr Bestes zum Wohl ihrer Patienten und auch zur Ausbildung der jungen nachwachsenden Ärzte-Generationen leisten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Lars Thomaschewski  
Chefarzt Unfallchirurgie

Dr. med. Matthias Becker  
Chefarzt Chirurgie  
Ärztlicher Direktor

Weißeritztal-Kliniken GmbH  
Leitender Chefarzt/Ärztlicher Direktor  
Herrn Dr. med. M. Becker  
Bürgerstraße 7  
01705 Freital

### Privatisierung Kommunaler Krankenhäuser Ihr Schreiben vom 19. Juli 2005

Sehr geehrter Herr Kollege Becker,

Sie haben als Ärztlicher Direktor der Weißeritztal-Kliniken GmbH gemeinsam mit Herrn Dr. Lars Thomaschewski, Chefarzt der Unfallchirurgie, in Ihrem Schreiben vom 19. Juli 2005 Ihre Meinungsäußerung zu meinem Editorial „Privatisierung Kommunaler Krankenhäuser“ im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2005, übermittelt.

Dazu möchte ich Ihnen gern unsere Erwiderung zukommen lassen:

1. Eingangs sei von mir ausdrücklich betont, dass gegen eine paritätische Konstellation kommunaler, frei-gemeinnütziger und privater Kliniken in Sachsen, also auch für eine anteilmäßige Zahl von Privatkliniken keine Einwände bestehen. Herr Dr. Geißler und der Kammervorstand haben bis 2000 diese Drittelung der Trägerschaften ausdrücklich und immer befürwortet und befürworten sie noch heute. Ausgehend von Zeitungsveröffentlichungen aus dem Rathaus Dresden halten wir es nach wie vor für erforderlich, auf diese Tatsache hinzuweisen. Bei weiterer Privatisierung der kommunalen Krankenhäuser der Stadt Dresden wäre diese Parität, um Ihnen ein Beispiel zu nennen, aufgehoben. Damit wäre der Wettbewerbsgedanke unter den Eigentumsformen für immer beseitigt.

2. Wir wissen aber, dass im Zuge der derzeitigen Gesundheitspolitik der Bundesregierung mit Einführung der DRGs leider deutschlandweit Privatisierungen zunehmend im Trend liegen. Diesem Trend entgegenzuwirken, ist nicht nur unsere Kammermeinung, sondern auch die Deutscher Ärztekongresse und der Bundesärztekammer. Wieso kann ein kommunales Klinikum bei qualifizierter Wirtschaftsführung nicht gleichermaßen wirtschaftlich bestehen?

## Privatisierung kommunaler Krankenhäuser

3. Die von Ihnen apostrophierten Abstriche zur Weiterbildung entbehren jeder rationalen Grundlage: Es ist uns bekannt, dass Ihr vor Jahren gestellter Antrag leider nicht nach Ihren Wünschen beschieden werden konnte. Die Begründung dafür liegt Ihnen vor.

4. Es liegt nicht in der Verantwortung der Kammergremien, Weiterbildungsassistenten für die einzelnen Fachgebiete zu vermitteln oder für deren turnusgemäße Weiterbildung verantwortlich zu zeichnen. Es obliegt der Kammer aber sehr wohl, anhand ehrlicher Klinikanalysen laut Weiterbildungsordnung die für Sie in Frage kommende Weiterbildungsbefugnis zeitlich zu bescheiden. Daraus werden Sie unschwer ableiten können, dass Ihre Behauptung, „die Standesvertretung ließe die Facharztabsolventen unserer Kliniken förmlich in der Luft hängen“, nicht den Tatsachen entspricht. Außerdem hat jeder zur Weiterbildung Befugte das Recht, nach Änderung der Kliniksituation erneut den Antrag für eine volle Weiterbildungsbefugnis zu stellen.

5. Sie werden wohl sicher durch Ihre jahrelange Tätigkeit zu dem Schluss kommen können, dass der Hauptanteil der Kosten vom Personalstand einer Klinik abhängt. Dies trifft sowohl für private als auch für kommunale Träger zu.

6. Zur Gewinnmaximierung: Sie dürfen versichert sein, dass wir die Unternehmens-Codices privater Träger sehr wohl kennen. Wir werden deshalb auch zukünftig darauf hinweisen, dass Pflichtbeiträge von Millionen Pflichtversicherten zu erheblichen Überschüssen führen, die nicht in den Kreislauf der Gesetzlichen Krankenkassen zurückfließen, sondern in den Besitz einzelner Aktionäre geraten. Halten Sie das wirklich für ein Zukunftsmodell? Wir verstehen allerdings, dass Sie in Ihrem Brief nicht unserer Auffassung sein können, da das gewiss zur Klinikdisziplin gehört.

7. Es ist ferner betrüblich, dass Sie im gleichen Zusammenhang unsere Kammerbeiträge kritisieren. Es ist Ihnen leider 15 Jahre nach Aufbau unserer ärztlichen Selbstverwaltung noch nicht bekannt, dass eine Körperschaft öffentlichen Rechts keine Gewinne machen darf, sondern die Beiträge so gestalten muss, dass die vom Staat an die Kammern delegier-

ten Aufgaben kostendeckend erfüllt werden. Gewinne sind per Gesetz nicht gestattet. Im Übrigen wird für das Jahr 2006 eine Absenkung des Beitragssatzes vorbereitet.

Abschließend möchte ich klarstellen, dass dieser Brief zur Meinungsbildung bei der proportionalen Umgestaltung der Krankenhauslandschaft in Dresden und zur Beruhigung der dort tätigen Ärzte und Mitarbeiter beitragen sollte.

Meines Erachtens sind zur Gesundheitsproblematik der Krankenhausesentwicklung weiterführende Diskussionen insbesondere zu den künftigen Trägerstrukturen erforderlich. Zurückweisen muss ich die Unterstellung der implizierten Diskriminierung von ärztlichen Kollegen, die in Einrichtungen privater Trägerschaft arbeiten. Dieser Vorwurf ist absurd und mit den Aufgaben einer Ärztekammer nicht vereinbar.

Auf Wunsch bin ich gern bereit, die Gesamtproblematik mit Ihnen zu erörtern. Ein Termin kann dazu mit meinem Sekretariat (Frau Weitzmann, Telefon: 0351- 82 67 401) vereinbart werden.

Des Weiteren möchte ich im „Ärzteblatt Sachsen“ Ihre Meinungsäußerung als Leserbrief und die Ihnen vorliegende Erwiderung unsererseits veröffentlichen. Sofern von Ihnen innerhalb von vier Wochen keine gegenteilige Auffassung dazu vorliegt, gehe ich von Ihrem Einverständnis aus.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Weißeritztal-Kliniken GmbH

Herrn  
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

**Privatisierung Kommunaler Krankenhäuser  
Ihre Erwiderung vom 4. 8. 2005**

Sehr geehrter Herr Kammerpräsident,

vielen Dank für die Erwiderung unseres Schreibens vom 19. 7. 2005. Wir üben keine Kritik an der vorgebrachten Forderung der paritätischen Gestaltung der Krankenhaus-

landschaft in der Landeshauptstadt Dresden, wovon wir aber beim Blick auf die Eigentumsverhältnisse zum jetzigen Zeitpunkt noch weit entfernt sind. Da wir als verantwortliche Ärzte in einem Klinikum unter privater Trägerschaft tätig sind, spricht uns Ihre Darstellung vom Umgang mit Weiterbildung und Lehre in privat geführten Kliniken natürlich an. Wir sind befremdet über die Darstellung der Arbeitsweise von Kliniken unter privater Trägerschaft, mit der wir uns in Verbindung bringen lassen müssen. In Ihrer Darstellung liegt aus unserer Sicht ein ethisches Diskussionspotential, da diese Darstellung den Anschein erweckt, dass unsere Tätigkeit zumindest gegenüber Weiterbildungsfragen Gleichgültigkeit zeige und vorrangig gewinnorientiert sei. Dabei können wir uns nicht einverstanden erklären. Dass wir uns angesprochen fühlen müssen, zeigt letztendlich auch der Satz Ihrer Erwiderung, in dem wir Ihrer Meinung nach nicht Ihrer Auffassung sein können, da dies zur Klinikdisziplin gehöre. Da Sie in Ihrer Erwiderung mehrfach auf Gewinne und deren Verwendung eingehen, versichern wir Ihnen, dass uns bekannt ist, dass eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes diese nicht machen darf. In unserem Schreiben wurde Ihnen das auch nicht vorgeworfen. Bezüglich der Beantragung der Weiterbildungsermächtigungen, ist folgendes richtig zu stellen: Der Antrag zur Beteiligung unserer Klinik an der Facharztweiterbildung im Fach Chirurgie wurde von uns, nicht wie von Ihnen dargestellt, vor Jahren, sondern aktuell im Jahr 2004 gestellt.

Aufgrund der Tragweite sind wir trotz des hohen Potentials an Missverständnissen an einer öffentlichen Diskussion interessiert. Wir bedanken uns für Ihre Gesprächsbereitschaft und werden einen Termin mit Ihrem Sekretariat vereinbaren. (Anm. d. Red.: Gesprächstermin ist in Vorbereitung)

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Becker  
Chefarzt Chirurgie  
Ärztlicher Direktor  
Weißeritztal-Kliniken GmbH  
Freital und Dippoldiswalde

Dr. med. Thomaschewski  
Chefarzt Unfallchirurgie  
Weißeritztal-Kliniken GmbH  
Freital und Dippoldiswalde

## Ärztliche Fortbildung und Zertifizierung

Die ärztliche Fortbildung, seit jeher Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit, wird mit der neuen Gesetzgebung, nämlich der Pflicht zur fachlichen Fortbildung auf eine ganz andere Basis gestellt. Nach § 95 d Sozialgesetzbuch V (SGB V) sind die Vertragsärzte verpflichtet, sich in dem Umfang fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu ihrer Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin entsprechen. Den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) (§ 95 d Abs. 6).

Das seit dem 1. 1. 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Modernisierungsgesetz-GMG) sieht eine Nachweispflicht der ärztlichen Fortbildung sowohl für Vertragsärzte/innen (§ 95 d) als auch in modifizierter Form für Fachärzte/innen im Krankenhaus (§ 137) vor. Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer fasste der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung: Das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern ist die geeignete Dokumentationsform zum Nachweis der Fortbildungsaktivitäten für alle Ärztinnen und Ärzte und damit auch für die in § 137 SGB V geforderten Fortbildungspflichten der Fachärzte am Krankenhaus. Der gemeinsame Bundesausschuss hat dazu die Festlegung getroffen, dass Krankenhausärzte ihr Zertifikat den ärztlichen Direktoren der Einrichtungen vorlegen müssen. 60 % der Fortbildungsinhalte sollten sich aus dem speziellen Facharztbereich ergeben, 40 % sollten interdisziplinären, allgemeinmedizinischen und anderen Themen gewidmet sein. Diese Regelung entspricht auch den Intentionen der Satzung für das Fortbildungszertifikat in Sachsen. Mit dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern und der Fortbildungssatzung wurde eine praxisnahe Lösung ohne übermäßigen Bürokratismus zur Dokumentation der Fortbildungsbemühungen aller Ärztinnen und Ärzte geschaffen.

Die Sächsische Landesärztekammer führte bereits 1999 das auf freiwilliger Basis erwerbende Fortbildungsdiplom, seit 2002 das Fortbildungszertifikat ein. Die zum 1. Januar 2005 in Kraft getretene Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat sieht vor, dass das

Fortbildungszertifikat erteilt wird, wenn der Arzt innerhalb von 5 Jahren 250 Punkte durch Fortbildungsmaßnahmen erworben hat. Dies bedeutet, dass bei derzeit ca. 14.500 berufstätigen sächsischen Kammermitgliedern rund 3,6 Millionen Fortbildungspunkte dokumentiert und verwaltet werden müssen.

Bis heute liegt die Dokumentation der besuchten Fortbildungsveranstaltungen allein bei den Ärztinnen und Ärzten, die Antragstellung für das Fortbildungszertifikat erfolgt nicht selten in „Schuhkartonform“. Dies stellt zum einen die Ärzteschaft und zum anderen die Sächsische Landesärztekammer vor einen enormen Verwaltungsaufwand. Deshalb hat sich bereits im Jahr 2004 der Vorstand der Bundesärztekammer dazu entschlossen, flächendeckend ein elektronisches System zur Verwaltung von Fortbildungspunkten einzuführen. Dazu wird die Sächsische Landesärztekammer ein elektronisches Punktekonto für jedes Kammermitglied einführen, welches im Laufe des nächsten Jahres auch „online“, das heißt übers Internet für jeden Arzt passwortgeschützt einsehbar ist. Um die Zuordnung der erworbenen Fortbildungspunkte zum persönlichen Punktekonto zu erleichtern, erhalten alle Kammermitglieder einen Bogen mit so genannten Barcode-Aufklebern sowie eine Fortbildungskarte. Auf diesen Aufklebern ist die persönliche, bundeseinheitliche Fortbildungsnummer (kurz: EFN) und der Vor- und Zuname dargestellt. Geht ein Arzt nun zu einer Fortbildungsveranstaltung, trägt er nicht mehr seine Angaben per Hand in die Teilnehmerliste ein, sondern klebt stattdessen einen Barcodeaufkleber auf, den er mit seiner Unterschrift legitimiert.

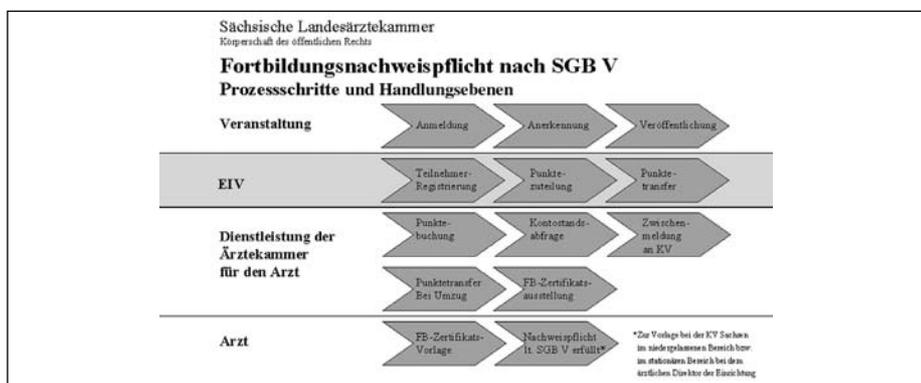
Die Fortbildungsveranstalter werden dazu angehalten, zeitnah alle Teilnehmerlisten zurück an die Kammer zu senden, um die mit dem Besuch erworbenen Fortbildungspunkte dem jeweiligen Punktekonto gutschreiben zu können. Mit den Zertifizierungsunterlagen erhalten die Veranstalter neben dem Anerkennungsschreiben auch eine Teilnahmebestätigung sowie eine Teilnehmerliste als Kopiervorlage, die auch die bundeseinheitliche Veranstaltungsnummer (kurz: VNR) beinhalten. Darüber hinaus wird es eine zentrale Koordinierungsstelle auf Bundesebene für die Teilnehmermeldungen geben, den so genannten „Elektronischen InformationsVerteiler“ (kurz: EIV). Dieser zentrale Server, der über das Internet ([www.eiv-fobi.de](http://www.eiv-fobi.de)) erreichbar ist, hat die Aufgabe, die Veranstaltung (in Form

der VNR), die Teilnehmer (in Form der EFN) und die damit erworbenen Punkte der zuständigen Ärztekammer zuzuordnen, so dass die Fortbildungspunkte automatisch jedem Arzt auf seinem individuellen Punktekonto gutschrieben werden. Zukünftig können die Teilnehmerlisten auch direkt über das Internet auf elektronischem Weg an den EIV gesendet werden. Wichtig ist, dass hierfür alle Fortbildungsveranstaltungen rechtzeitig vor Veranstaltungsbeginn zur Zertifizierung bei der Sächsischen Landesärztekammer eingereicht werden bzw. der Sächsischen Landesärztekammer bekannt sind. Für Veranstalter, die von der Sächsischen Landesärztekammer die Berechtigung erhalten haben, ihre Veranstaltungen selbst mit Punkten zu versehen (zum Beispiel Kassenärztliche Vereinigung, Universitätskliniken, Berufsverbände, Fachgesellschaften) besteht eine Meldepflicht entsprechend des Vertrages.

Der in Vorbereitung befindliche elektronische Heilberufsausweis (kurz: HPC = health-professional-card) kann zukünftig den Einsatz des Barcodesystems ablösen. Dies setzt jedoch den flächendeckenden strukturellen Einsatz von Kartenlesern und der dazugehörigen Software voraus.

Zunächst sollte der Arzt aber unbedingt seine Teilnahmebestätigungen (Papier) weiter sammeln, bis sich das informationstechnisch überaus anspruchsvolle, die ganze Bundesrepublik einbeziehende Erfassungs- und Verwaltungssystem richtig eingespielt hat.

**Fazit:** Um die durch Gesetzgebung geforderte Fortbildungsverpflichtung und deren Dokumentation hervorgerufene Datenflut zu bewältigen, wurde dieses elektronische Verfahren entwickelt. Die Sächsische Landesärztekammer will damit bei der Dokumentation der Fortbildungsaktivitäten unterstützen, ohne dem Arzt diese ganz abnehmen zu können. Dem einzelnen Arzt bleibt es damit weitestgehend erspart, seine Punkte selbst zu verwalten. Darüber hinaus erhält er einen verbindlichen Überblick über seinen geprüften und anerkannten Punktstand. Nur das Punktekonto bei seiner Landesärztekammer kann dem Arzt die Sicherheit geben, dass die dort gebuchten Punkte zum Stichtag auch auf den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Nachweis angerechnet werden. Ziel des neuen elektronischen Verfahrens ist es auch, den Aufwand bei der Registrierung von Fortbildungspunkten zu minimieren, Buchungsstoßzeiten zum Ende eines Fünf-Jahres-Zyklus zu



entzerren und Kosten zu sparen, die sonst durch zusätzliche Mitarbeiter und Infrastruktur für Papierablage entstehen würden.

Eine wechselseitige Anerkennung der Fortbildungsveranstaltungen unter den Kammern macht es möglich, dass Ärzte anerkannte Fortbildungsveranstaltungen im gesamten Bundesgebiet nutzen können. Werden die Punktemeldungen in Zukunft elektronisch vorgenommen, muss sichergestellt werden, dass die Punkte eines jeden Teilnehmers zur jeweils zuständigen Landesärztekammer gelangen. Diese Aufgabe erfüllt dann der Elektronische Informationsverteiler (EIV). Wir empfehlen Ihnen aber weiterhin alle Teilnahmebescheinigungen zu sammeln, um eventuellen Unstimmigkeiten vorzubeugen und ggf. als Nachweis für das Finanzamt.

Weiterhin ist geplant, die Antragstellung auf Anerkennung von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen ebenfalls zu vereinfachen und die Möglichkeit anzubieten, die Veranstaltungsdaten zukünftig über das Internet an die Sächsische Landesärztekammer zu übermitteln. Dadurch ergibt sich eine effizientere Bearbeitung sowie eine Verkürzung der Bearbeitungszeit.

Wir werden Sie an dieser Stelle über die aktuellen Entwicklungen informieren. Gern steht Ihnen das Team der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung für weitere Auskünfte mit Rat und Tat zur Verfügung:

*Fragen zur Erteilung des Fortbildungszertifikates,* Frau Rose – Telefon: 0351 8267-321,  
*Fragen zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen und Veranstaltern,* Herr Ziegler – Telefon: 0351 8267-326,  
*Fragen zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen,* Frau Wodarz – Telefon: 0351 8267-327

*Fragen zu Kursangeboten,*

Frau Dobriwolski – Telefon: 0351 8267-324,

Frau Treuter – Telefon: 0351 8267-325

*Fragen zu Veröffentlichungen in der Fortbildungsbeilage,*

Frau Marx – Telefon: 0351 8267-323

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach  
Vorsitzender der Sächsischen Akademie  
für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Weitere Informationen im Internet:

[www.eiv-fobi.de](http://www.eiv-fobi.de) (Informationen zum EIV)

[www.slaek.de](http://www.slaek.de) (Informationen zum Thema Fortbildung in Sachsen)

[www.baek.de](http://www.baek.de) (Informationen zum Thema Fortbildung der Bundesärztekammer)

#### Glossar

**Barcode** – Strichcode, der hier die EFN darstellt. Mit Hilfe eines Scanners, der an einen PC angeschlossen ist, kann der Barcode gelesen und im PC wieder in eine Nummer umgewandelt werden. So werden Fehler beim Eintippen sehr langer Nummern vermieden, zudem wird der hohe Zeitaufwand extrem verkürzt. Barcodes finden zum Beispiel beim Darstellen von Preisen im Einzelhandel Anwendung.

**VNR** – Veranstaltungsnummer, die ein Veranstalter bei der Anerkennung seiner Fortbildungsveranstaltung von der für ihn zuständigen Landesärztekammer erhält. Die Nummer ist 19-stellig und beinhaltet Basisdaten zur Veranstaltung sowie zu Punkte-kategorien.

**EFN** – Einheitliche Fortbildungsnummer, die jeder Arzt von seiner Landesärztekammer erhält. Die Nummer ist 15-stellig und bundesweit einheitlich aufgebaut. Mit der EFN registriert der Arzt sich zukünftig bei Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung.

**EIV** – Elektronischer Informationsverteiler, Verfahren für die Elektronische Punktemeldung, innerhalb des Verfahrens wird mit „EIV“ auch der zentrale Server benannt, der die Prüfung und Verteilung der Daten vornimmt.

#### Ärztblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Ständesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

#### Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,  
Telefon 0351 8267-0  
Telefax 0351 8267-412  
Internet: <http://www.slaek.de>  
E-Mail: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de)

#### Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze  
Prof. Dr. Winfried Klug (Vi.S.P.)  
Dr. Günter Bartsch  
Prof. Dr. Siegwart Bigl  
Prof. Dr. Heinz Dietrich  
Dr. Hans-Joachim Gräfe  
Dr. Rudolf Marx  
Prof. Dr. Peter Matzen  
Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Dr. jur. Verena Diefenbach  
Knut Köhler M.A.

#### Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

#### Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon 0351 8267-161  
Telefax 0351 8267-162

#### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Telefon: 0341 710039-90  
Telefax: 0341 710039-99  
Internet: [www.leipziger-verlagsanstalt.de](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy, Melanie Bölsdorff  
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004 gültig.

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise  
Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten  
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

# Ärztliche Stelle RöV/StrlSchV der Sächsischen Landesärztekammer

## Informationen der Fachkommissionen

### Fachkommission Röntgenverordnung

Im Rahmen der Umsetzung der Europäischen Richtlinie 96/29 und 96/43 (Euratom Grundnorm und Patientenschutz-Richtlinie) in deutsches Recht, wurde die novellierte Röntgenverordnung zum 1. 7. 2002 in Kraft gesetzt.

Im Vordergrund stand dabei das Betreiben einer Reduktion der Strahlenbelastung von Personal und Patienten. So wurden unter anderem die Dosisgrenzwerte für die Normalbevölkerung von 1,5 mSv/Jahr auf 1 mSv/Jahr und für strahlenexponierte Personen von 50 mSv/Jahr auf 20 mSv/Jahr gesenkt.

Die Dosisgrenzwerte für die Kontroll- und Überwachungsbereiche wurden deutlich abgesenkt (§19 RöV) und die Fachkunde (§18a RöV) neu geregelt.

Der Begriff der rechtfertigenden Indikation (§23 RöV) wurde gesetzlich verankert, diagnostische Referenzwerte eingeführt (§28 RöV) und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung (§16, §17a RöV) erweitert.

Daraus leitet sich für die ärztlichen Stellen nach Röntgenverordnung ein über das bisherige Prüfspektrum (Filmverarbeitung, Konstanztzprüfungsprotokolle usw.) hinausgehender Arbeitsaufwand ab. Dies wird auch zu einer etwas umfangreicheren Unterlagenanforderung durch die ärztliche Stelle führen.

### 1. Überprüfung der Einhaltung von Diagnostischen Referenzwerten

Referenzwerte sind Dosiswerte für typische Untersuchungen mit Röntgenstrahlen an Standardphantomen oder an Patientengruppen mit Standardmaßen mit für die jeweilige Untersuchung geeigneten Röntgeneinrichtungen und Untersuchungsverfahren. Die Referenzwerte sind keine Grenzwerte für individuelle Untersuchungen, sondern stellen Mittelwerte, bezogen auf das Untersuchungsverfahren, an der Gesamtpopulation dar.

Das Bundesamt für Strahlenschutz hat am 5. 8. 2003 im Bundesanzeiger ausgewählte diagnostische Referenzwerte für konventionelle Untersuchungsverfahren veröffentlicht.

Es sind grundsätzlich drei Möglichkeiten zur Ermittlung der Dosis zulässig:

- Messung des Dosis-Flächen-Produkts
- Automatische Berechnung aus Generator- und Untersuchungsdaten
- Eigene Berechnung nach DIN 6809-7

Aufnahme	Dosis-Flächen-Produkt (Priorität)[mGy] [cGy x cm <sup>2</sup> ]	Einfalldosis [mGy]	Oberflächendosis
Schädel ap/pa*)	110	3,7	5,0
Schädel lat**)	100	2,3	3,0
Thorax pa	20	0,21	0,3
Thorax lat	100	1,1	1,5
Brustwirbelsäule ap	220	5,2	7,0
Brustwirbelsäule lat	320	9,0	12
Lendenwirbelsäule ap	320	7,4	10
Lendenwirbelsäule lat	800	22	30
Becken ap	500	7,0	10
Abdomen	550	7,0	10
Mammographie (cc und mlo***)	--	--	10

Tab. 1 Diagnostische Referenzwerte für Röntgenaufnahmen bei Erwachsenen

\*) ap: anterior-posterior pa: posterior-anterior

\*\*) lat: lateral

\*\*\*) cc: cranio-caudal mlo: medio-lateral-oblique

Untersuchungsart	Dosis-Flächen-Produkt [Gy x cm <sup>2</sup> ]	Durchleuchtungszeit [min.]
Dünndarm	70	--
Kolon Kontrasteinlauf	70	--
Phlebographie Bein-Becken	9	--
Arteriographie Becken-Bein	85	--
Koronarangiographie	60	--
PTA *)	100	18
PTCA **)	120	20

Tab. 2 Diagnostische Referenzwerte für Durchleuchtungsuntersuchungen bei Erwachsenen

\*) Perkutane Transluminare Angioplastie

\*\*) Perkutane Transluminare Card-Angioplastie

CT-Untersuchungsart	CTDIw *) [mGy] [mGy x cm]	Dosis-Längen-Produkt
Hirnschädel	60	1050
Gesichtsschädel/Nasennebenhöhlen **)	35	360
Thorax	22	650
Abdomen	24	1500
Becken	28	750
Oberbauch	25	770
Lendenwirbelsäule ***)	47	280

Tabelle 3: Diagnostische Referenzwerte für CT-Untersuchungen bei Erwachsenen

\*) CTDIw: gewichteter CT-Dosisindex

\*\*) Hauptindikation für diese Untersuchungsart ist die Abklärungsdiagnostik bei Sinusitis.

Im Rahmen der Frakturdiagnostik können höhere Werte erforderlich sein.

\*\*\*) Im Rahmen der Bandscheibendiagnostik

Bei Interventionen und Angiographien ist die Ermittlung des Dosis-Flächen-Produktes bereits seit 1998 vorgeschrieben. Für Durchleuchtungen muss die Nachrüstung mit entsprechenden Messgeräten bis Ende 2007 erfolgen. Der Anteil der Strahlenexposition der Bevölkerung durch CT-Untersuchungen steigt kontinuierlich an. Sie machen zahlenmäßig zirka 4 Prozent der Röntgenleistungen aus, haben aber einen über 60%igen Anteil an der kollektiven Dosisbelastung. Die Ärztliche Stelle ist daher verstärkt zur Überprüfung der Einhaltung der diagnostischen Referenzwerte bei CT-Untersuchungen insbesondere im pädiatrischen Bereich verpflichtet und wird dies in einem gesonderten Protokoll abprüfen.

### 2. Überprüfung der rechtfertigenden Indikation bei Röntgenuntersuchungen

Die rechtfertigende Indikation für eine Röntgenuntersuchung darf nur von einem Arzt mit Fachkunde im Strahlenschutz gestellt werden. Nur er darf über die Art und Weise der Anwendung von Röntgenstrahlen am Patienten entscheiden.

Der „Überweiser“, sofern nicht fachkundig, hat letztlich keine Entscheidungsbefugnis hinsichtlich der Untersuchungstechnik und der anzuwendenden Methode. Es gilt der Grundsatz, dass der zu erwartende gesundheitliche Nutzen gegenüber dem annehmbaren Strahlenrisiko zu überwiegen hat. Es ist zu prüfen, ob andere Verfahren mit geringerer oder ohne Strahlenbelastung eine gleiche diagnostische Aussage liefern und deshalb vorzuziehen sind. Die Überprüfung der Angaben zur rechtfertigenden Indikation, gegebenenfalls unter Einbeziehung des Befundes sind jetzt Bestandteil der Qualitätssicherung durch die Ärztliche Stelle.

### 3. Neue Verfahren

Durch die zunehmende Anwendung digitaler Techniken in der Röntgendiagnostik, sowie die Einführung von teleradiologischen Verfahren ergeben sich zukünftig weitere neue Anforderungen für die Ärztliche Stelle. Die entsprechende Richtlinie befindet sich zurzeit noch in Arbeit.

Dr. med. Volkmar Hänig  
Vorsitzender der Fachkommission  
Röntgenverordnung

### Fachkommission Strahlentherapie

Das Atomgesetz schreibt im Paragraph 12, Absatz 1 verbindlich Qualitätssicherungsmaß-

nahmen für die medizinische Strahlenanwendung vor.

Parallel zu den bereits etablierten Ärztlichen Stellen nach Röntgenverordnung sieht deshalb die Strahlenschutzverordnung in ihrer Fassung vom 20. 7. 2001 die Schaffung von analogen Strukturen der Qualitätsprüfung für die Anwendungsbereiche Nuklearmedizin und Strahlentherapie entsprechend dem Geltungsbereich der Verordnung vor. Die Ausgestaltung dieser gesetzlichen Anforderungen obliegt in den einzelnen Bundesländern den jeweiligen Obersten Landesbehörden, die für alle Fragen des Strahlenschutzes verantwortlich sind. Diese föderale Zuordnung der Verantwortlichkeit ist Ursache dafür, dass in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Lösungswege für die praktische Umsetzung eingeschlagen wurden. Beträchtliche Unterschiede bestehen bisher auch zwischen den Bundesländern hinsichtlich des erreichten Entwicklungsstandes.

Im Freistaat Sachsen wurde durch die Oberste Landesbehörde in der „Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Umwelt und Landwirtschaft über die Zuständigkeit und den Vollzug atom- und strahlenschutzrechtlicher Vorschriften“ bereits 2003 der Rahmen für Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der medizinischen Strahlenanwendung“ definiert und die Organisation der praktischen Realisierung mit von der Sächsischen Landesärztekammer benannten Vertretern abgestimmt. Aus länderrechtlichen Gründen erwies sich die Etablierung gemeinsamer Kommissionen für die Geltungsbereiche der Strahlenschutzverordnung mit dem Freistaat Thüringen und dem Land Sachsen-Anhalt nicht als praktikabel. Deshalb wurde, basierend auf der bereits bei der Sächsischen Landesärztekammer existierenden Ärztlichen Stelle nach Röntgenverordnung, diese Einrichtung um Fachkommissionen für Nuklearmedizin und für Strahlentherapie erweitert. Durch eine Vereinbarung der zuständigen Staatsministerien für Landwirtschaft und Umwelt sowie für Wirtschaft und Arbeit wurde der Fachkommission Strahlentherapie auch die Verantwortlichkeit bei der therapeutischen Strahlenanwendung nach Röntgenverordnung übertragen. Insgesamt besteht die Fachkommission aus drei ausgewiesenen Fachärzten für Radioonkologie und zwei erfahrenen Medizinphysikern, die für einen Zeitraum von vier Jahren durch den Präsidenten der Landesärztekammer in ihre ehrenamtliche Funktion berufen sind.

Die Kommission nahm ihre Tätigkeit zu Beginn des Jahres 2004 auf. Zunächst wurden die im Zuständigkeitsbereich tätigen Einrichtungen hinsichtlich Leistungsprofil, apparativer und personeller Struktur erfasst und ein auf der genannten sächsischen Verordnung basierender Fragenkatalog entwickelt. Seit dem IV. Quartal 2004 finden in den strahlentherapeutischen Einrichtungen Vor-Ort-Begehungen statt. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben werden alle Kliniken und Einrichtungen bis zum 31. 12. 2005 erstmalig besucht. Sofern keine gravierenden Mängel festgestellt werden, sind Wiederholungsbegehungen im Abstand von zwei Jahren vorgesehen.

Die Qualitätsüberprüfung berücksichtigt die komplexe Organisation der Einrichtung, technische Ausstattung einschließlich technischer Sicherheit sowie Durchführung und Dokumentation der individuellen Behandlungsprozedur. Die erstellten Fragenkataloge dienen einer standardisierten Qualitätsüberprüfung und sind allen Einrichtungen jederzeit zugänglich. Ungeachtet des beträchtlichen organisatorischen Aufwandes haben sich Vor-Ort-Begehungen, deren Termine mindestens vier Wochen zuvor den Einrichtungen bekannt gegeben werden, als einziger praktikabler Weg für die Qualitätsbeurteilung erwiesen, weil eine Reihe von Fragenkomplexen nur innerhalb der Abteilungen, bei direkter Einsicht in elektronische Datenspeichersysteme, Archive und Krankenakten zu beurteilen sind. Bei Abschluss der Begehung erfolgt eine Auswertung und eine entsprechende Information des Strahlenschutzverantwortlichen sowie der Strahlenschutzbeauftragten, wobei festgestellte Unzulänglichkeiten aufgezeigt werden. Abweichungen vom Standard werden den Mängelkategorien I B (geringfügige Mängel), II (deutliche Mängel) und III (erhebliche Mängel) zugeordnet und in dem der Einrichtung übermittelten Protokoll mit einer Fristsetzung zur Behebung ausgewiesen. Im Falle der Nichtbeachtung der Hinweise oder bei gravierenden Mängeln, aus denen strahlenschutzrelevante Gefährdungen für Patienten oder Personal resultieren können, ist die staatliche Aufsichtsbehörde zu informieren, die über das weitere Vorgehen befindet. Die Fachkommission Strahlentherapie der Ärztlichen Stelle als Teil der ärztlichen Selbstverwaltung besitzt selbst keine behördliche Entscheidungsbefugnis, sondern versteht sich als ein beratender Vermittler zwischen den strahlentherapeutischen Einrichtungen und der Aufsichtsbehörde.

Ziel der Tätigkeit ist die umfassende Optimierung der therapeutischen Strahlenanwendung am Menschen hinsichtlich Indikation, Applikation und Dokumentation mit Berücksichtigung der strahlenschutzrelevanten Aspekte. Der zweimal jährlich stattfindende Erfahrungsaustausch aller Ärztlicher Stellen aus den Bundesländern dient der Vereinheitlichung der Bewertungskriterien und der Aktualisierung des Vorgehens unter Berücksichtigung innovativer Therapieverfahren. Insgesamt hat sich die Fachkommission Strahlentherapie als eine geeignete Organisationsform zur Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen gemäß Strahlenschutzverordnung § 83 erwiesen. Bei den bisherigen Begehungen von strahlentherapeutischen Einrichtungen im Freistaat Sachsen wurden gravierende Mängel nicht festgestellt.

Prof. Dr. med. habil. Friedrich Kamprad  
Vorsitzender der Fachkommission Strahlentherapie

#### *Fachkommission Nuklearmedizin*

Nach § 83 der novellierten Strahlenschutzverordnung sind der Ärztlichen Stelle Fachkommission Nuklearmedizin Unterlagen auf Verlangen vorzulegen, die diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt. Funktion der Ärztlichen Stelle ist eine Mittlerrolle zwischen dem Strahlenschutzverantwortlichen einer Einrichtung und den zuständigen Behörden. Sie soll den anwendenden Ärzten bei der Optimierung der Strahlenanwendung beraten

und ggf. Empfehlungen zur Verringerung der Strahlenexposition geben. Die Ärztliche Stelle kann und will keine behördlichen Maßnahmen treffen, bei groben Mängeln muss sie die Behörden informieren. Es soll eine sinnvolle Qualitätskontrolle stattfinden, wie sie vom Gesetz gefordert wird. Ergebnisse und Prüfungsintervalle können als Qualitätssiegel der Einrichtung betrachtet werden.

Die Ärztliche Stelle überprüft die rechtfertigende Indikation für die Anwendung radioaktiver Stoffe, den Stand der Technik bei der Anwendung radioaktiver Stoffe, Maßnahmen zur Optimierung für eine möglichst geringe Strahlenbelastung der Patienten und die Einhaltung der diagnostischen Grenzwerte. Wenn erforderlich, werden Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Die Aufsichtsbehörden werden allgemein über die Ergebnisse informiert in Form eines Jahresberichtes über die Prüfungstätigkeit bis zum 31. 3. des Folgejahres. Einzelmeldungen erfolgen nur bei grober Missachtung des Strahlenschutzes, die zur Schädigung von Patienten führen können.

Der Turnus der Überprüfungen beträgt im Regelfall zwei Jahre, Nachforderungen bei deutlichen Qualitätsmängeln nach drei bis sechs Monaten. Die Anforderungsfrist von Prüfungsunterlagen beträgt mindestens sechs Wochen, bei unvollständiger Einreichung erfolgt eine Nachforderung innerhalb von zwei Wochen. Bei unvollständigen Unterlagen nach der Nachforderungsfrist ohne Begründung erfolgt eine Meldung an die zuständige Behörde und eine erneute Prüfung nach drei Monaten.

Die Berufung der Fachkommission Nuklearmedizin erfolgte durch die Sächsische Landesärztekammer im Einvernehmen mit dem Sächsischen Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft. Der Berufungszeitraum erstreckt sich über vier Jahre. Die Fachkommission setzt sich wie folgt zusammen:

zwei Fachärzte für Nuklearmedizin, zwei Medizinphysikexperten und bei Bedarf beratende Mitglieder, die besonders bei der Prüfung von Kliniken mit Therapieeinrichtungen hinzugezogen werden. Es besteht für alle Beteiligten die Schweigepflicht. Die eigene Einrichtung darf nicht selbst geprüft werden. Die Tätigkeit der Kommission ist ehrenamtlich.

Die Kosten für die Überprüfungen sind in der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer festgelegt und orientieren sich in der Höhe an den Gebühren der Ärztlichen Stelle RöV, die schon über Jahre die gesetzlich vorgeschriebene Prüfungen durchführt.

In Sachsen sind 27 nuklearmedizinische Einrichtungen zu überprüfen. Die Fachkommission hat beschlossen, die Einrichtungen in alphabetischer Reihenfolge zu prüfen. Bisher wurden 11 Praxen hinsichtlich der Einhaltung der geforderten Qualitätsstandards kontrolliert. Bei zwei Einrichtungen mussten wegen Qualitätsmängeln Unterlagen im verkürzten Zeitabstand angefordert werden. Insgesamt konnte aber eine gute Qualität bei den bisher überprüften Einrichtungen festgelegt werden.

Dr. med. habil. Angelika Wünsche  
Vorsitzende der Fachkommission Nuklearmedizin

## Ausstellungen und Konzerte

**Foyer der  
Sächsischen Landesärztekammer  
und 4. Etage**

**Petra Kasten**  
**Woge gegen Fels**  
**Zeichnungen**

14. September bis 13. November 2005

**Vernissage**

Donnerstag, 15. September 2005,  
19.30 Uhr

Einführung:

Dr. phil. Reinhild Tetzlaff, Dresden  
Universitätsammlungen Kunst + Technik

**Foyer der  
Sächsischen Ärzteversorgung**

**Karin Junge**  
**Experimente mit dem Innenleben**  
**Collagen und Druckgrafik**

bis 15. September 2005

Sonntag, 2. Oktober 2005, 11.00 Uhr

**Junge Matinee**  
Klavier- und Kammermusik  
Schülerinnen und Schüler des Sächsischen  
Landesgymnasiums für Musik  
Carl Maria von Weber Dresden

## Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 30. 9. 2005 bis 7. 10. 2005 nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel.: 0351 8267411.



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungsnummer (Reg.-Nr.) an.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

#### Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/C062

#### Chemnitzer Land

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Reg.-Nr. 05/C063

#### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 05/C064

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.10.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/D066  
Facharzt für Urologie  
Reg.-Nr. 05/D067

#### Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/D068

#### Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/D069  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 05/D070

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26.09.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330 zu richten.

#### Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 05/D071

#### Riesa-Großenhain

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/D072

#### Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin \*)  
Reg.-Nr. 05/D073

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.10.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330 zu richten.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 05/L039  
Facharzt für Diagnostische Radiologie (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/L040  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/L041  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/L042

#### Döbeln

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/L043

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 05.10.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

#### Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

#### Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 31.07.2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 2006  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Anfang 2006  
Facharzt für Allgemeinmedizin \*)  
geplante Praxisabgabe: Anfang 2006

#### Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Mitte 2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig Tel.: (0341) 243 21 53.

## Petra Kasten Woge gegen Fels

Ausstellung

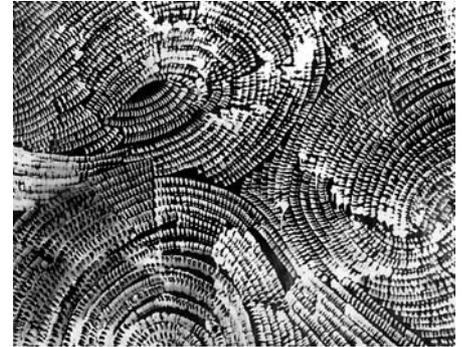
Petra Kasten (Jahrgang 1955) gehörte in den 80er Jahren zu jenen Künstlern, die sich im Osten Deutschlands als Vertreter eines seismografischen, spirituellen Künstlertums sahen. Beuys war einer ihrer wichtigen Inspiratoren. Aufsehen erregten ihre „Elba-Projekte“ in Berlin und Dresden mit damals hierzulande ungewöhnlichen Ausdrucksformen wie Installationen und Environments.

Die Künstlerin ging schon während des Studiums (1976 bis 1982) an der Hochschule für Bildende Künste Dresden und der Meisterschülerzeit dort (bei Günter Horlbeck 1986 bis 1988) in ihren Arbeiten von inneren Bildern und Rhythmen aus, die ihrerseits vom Erlebnis der äußeren Natur, den unterschiedlichsten Eindrücken beeinflusst waren. War das Ergebnis zunächst eher abstrakt-expressionistisch, erschienen ihre Arbeiten zunehmend „organisierter“, waren sie doch aus mini-

malistischen Elementen und darauf basierenden Rastern entwickelt. Beispielsweise „wuchsen“ aus mit dem Pinsel gesetzten Punkten wie eine „Schrift“ von der Natur inspirierte Formen, die sich für den Betrachter aus der Distanz heraus erschließen.

In ihrer Ausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer zeigt Petra Kasten jüngste Radierungen, Zeichnungen und Bilder. Der Titel „Woge gegen Fels“ verweist auf die in ihnen häufig auftretende Muschelform, Bezug nehmend auf die Muschel, die auch die Gewalt einer Woge aushält und so ein Synonym für Widerstandskraft ist. Genähert hat sich die Künstlerin dieser Form, die auch schon früher im Werk Petra Kastens auftaucht, über die Arbeit mit Punkt und Kreis.

Dr. Ingrid Koch, Dresden.



Constellation

**Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer  
14. September bis 13. November 2005,  
Montag bis Freitag: 9.00 Uhr bis 18.00 Uhr  
Vernissage: Donnerstag, 15. September  
2005, 19.30 Uhr**

Dr. med. Gisela Kandler  
Stendaler Straße 18  
01109 Dresden  
19. 5. 2005

An die Landesärztekammer

Sehr geehrte Damen und Herren!  
Ich bin immer sehr beglückt, wie stark sich unsere Kammer mit ihrem Ärzteblatt der Kunst in vielerlei Form verbunden weiß.  
Als Dank für all diese Bemühungen sende ich Ihnen anliegenden kleinen Beitrag.

### Kleine Orchesterkunde

Willst du die Musik genießen,  
möge es dich nicht verdrießen,  
höre zu, laß in dich dringen,  
wie die Instrumente klingen.

Höre ich die schlanke Flöte,  
denke ich an Morgenröte,  
an der Vögel Jubilieren,  
das Konzert, das sie vollführen.

Töne sanft und zärtlich schmeichelnd,  
gleichsam Ohr und Herzen streichelnd,  
im Orchester ist die Geige,  
wie für einen Baum die Zweige.

Klänge, festlich, überlegen,  
schmetternd fröhlich dir entgegen  
die Trompeten, und ich denke,  
Ostern, Christfest und Geschenke.

Dominierend ist das Becken,  
doch du brauchst nicht zu erschrecken,  
es ist wichtig zur Betonung,  
und bedarf drum keiner Schonung.

Klingen samtig dunkle Töne,  
ich das Cello gut erkenne,  
leichte Schwermut kann ich fühlen,  
doch, es kann auch heiter spielen.

Basis und als Unterlage,  
dann kommt Kontrabaß in Frage.  
Er darf seinen Standpunkt streichen,  
und kann damit viel erreichen.

Tuba, Horn und Zugposaune  
machen immer gute Laune,  
schallen froh und fast verwegen,  
sind als Chöre uns zum Segen.

Edel, schlank, mit hohen Tönen  
sind Oboen zu erwähnen,  
zart, beseelt, nach Höhen gierig,  
gilt ihr Mundstück als recht schwierig.

Eine heitere Facette  
bietet gern die Klarinette,  
schmunzelnd bringt sie uns zum Lachen,  
kann man etwas Bessres machen?

Das Fagott, ihr Gegenüber,  
ist ganz anderes Kaliber,  
das, hört man es mit Vergnügen,  
muß an seinem Wesen liegen.

Schlagzeug, Pauken sind die Würze,  
angeboten ganz in Kürze,  
manchmal denkt der müde Hörer,  
was sind das für Ruhestörer.

Mit zwei Händen oder viere  
man gern auf den Klavieren,  
die Musik sie unterwandern,  
brauchen oft auch keinen anderen.

Sitzt man dann auf seinen Stühlen,  
gut gestimmt, bereit zum Spielen,  
naht der Chef mit seinem Stocke,  
daß er allen Zauber locke.

Kommt dazu aus Menschenkehle  
Klang, gefüllt mit Herz und Seele,  
bleibt mir nichts mehr, als zu schweigen,  
vor der Kunst mich zu verneigen.

Dr. med. Gert Wünsche  
 Barteldesplatz 3  
 01309 Dresden  
 11. 6. 2005  
 An Sächsische Landesärztekammer  
 Schützenhöhe 16  
 01099 Dresden

**Aufgabe der HNO-Arzt-Praxis**

**31. Januar 2005**

Ausscheiden aus Kassenarzt-Zugehörigkeit  
 zum 31. 3. 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,  
 wie Sie schon wissen, musste ich meine  
 HNO-Praxis mit über 80 Jahren wegen Kran-  
 kheit aufgeben.

Für die freundlichen Einladungen im Sinne  
 der Ärzte-Senioren-Betreuung möchte ich  
 mich noch ganz herzlich bedanken. Wegen  
 des schlechten körperlichen Zustands konnte  
 ich leider nicht in den Genuss der guten  
 Programme kommen.

Es sei mir ein Rückblick auf meine ärztliche  
 Tätigkeit in Dresden erlaubt.

Seit 1. 9. 1950 habe ich in Dresden viel Freude,  
 aber auch Sorgen bei der ärztlichen Arbeit  
 haben dürfen. Wegen des Ärztemangels fünf  
 Jahre nach Kriegsende musste ich gleich die  
 Scharlachstation im Infektionskrankenhaus  
 Dresden-Neustadt, Industriestraße, bei Chef-  
 arzt Dr. Schmeiser, als Stationsarzt überneh-  
 men.

Scharlachkranke, meistens Kinder, wurden auf  
 der Station mit Penicillin G-Spritzen intra-  
 muskulär behandelt. Dosen von 4 mal täglich  
 50.000 internationale Einheiten galten als  
 hoch schon bei Erwachsenen.

Das Penicillin war noch sehr teuer und wurde  
 als Penicillin G aus dem gesammelten Urin  
 der Patienten im Pharmazie-Werk in Rade-  
 beul gereinigt wiedergewonnen. Ein wesentli-  
 cher Unterschied zur Wirkung neuen Peni-  
 cillins konnte auf der Station nicht festgestellt  
 werden.

Es bestand eigentlich noch das Gesetz zur  
 6-wöchentlichen Hospitalisierung Scharlach-  
 kranker. Die Letalität bei Scharlach war in der  
 ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch hoch.  
 Häufige Komplikationen wie Otitis media  
 purulenta, Myocarditis, Endocarditis, Nephro-  
 pathien hinterließen bleibende Schäden.

Fleming hatte die tödliche Wirkung des  
 Kampfgiftes des Schimmelpilzes, Penicillium  
 notatum, gegen Bakterien entdeckt und schon  
 1928 veröffentlicht. Anfang der vierziger Jahre

erst, also 12 Jahre später, wurde dann die gute  
 Therapiemöglichkeit gegen bakterielle Infekte  
 und die gute menschliche Verträglichkeit  
 gegenüber Penicillin erkannt. Die Pilze ver-  
 wenden selbst produzierte Kampfgifte gegen  
 Bakterien im Streit um die gleiche Nahrung  
 dieser Saprophyten. Nun suchte man bei vielen  
 Pilzarten neue Kampfgifte, um sie als erfolg-  
 reiche antimikrobielle Medikamente gegen  
 Infektionen des Menschen zu entwickeln.

Viele unentbehrlich nützliche Bakterien pro-  
 duzieren uns bei der Verdauung Vitamine.  
 Durch antibakterielle Medikamente gegen  
 lebensbedrohende pathogene Bakterien, die  
 man töten muss, opfert man auch die guten  
 Keime, die das Leben erhalten. Bakterien sind  
 auch Lebewesen, mit denen wir in Symbiose  
 leben. Auf der Erde unserer Tage leben eben  
 alle Lebewesen noch vom Opfertod anderer  
 Lebewesen. Wer dieses Opfer des Lebens  
 nicht annimmt, kann nicht leben, muss ver-  
 hungern. Wir sollen froh das Opfer des  
 Lebens annehmen, dafür dankbar sein, und  
 selbst bereit sein, unser Leben für alles Gute  
 einzusetzen.

Dass niemand mehr vom Tod der Individuen,  
 seien es Pflanzen oder Tiere, sein kurzes  
 Leben erhalten muss, dass man sich auch  
 nicht von der abgestorbenen organischen  
 Substanz der Menschen indirekt ernähren  
 muss, ist eine unbewusste Sehnsucht aller, die  
 das Gute suchen und wissen, dass nach dem  
 Tod nicht alles aus ist. Wer schlachtet und isst  
 schon gern das Kaninchen, das er seit Jahren  
 mit Liebe selbst aufgezogen hat. Und wer  
 weiß schon, dass er eventuell schon drei  
 Wochen nach der Einäscherung eines lieben  
 Verwandten dessen CO<sub>2</sub>-Moleküle im Salat  
 aus der nahen Gärtnerei bei der Feier der  
 Urnenbeisetzung essen könnte.

Die Materie vergeht, aber die Persönlichkeit  
 bleibt. Eine besseres Leben, in dem es kein  
 Leid und Geschrei mehr gibt, ist denen ver-  
 heißen, die dem Guten gehorsam sind und  
 sich im Auftrag des Guten selbstlos aufop-  
 fern. Sie kommen nicht in das Gericht für ihre  
 Taten. Es ist den Menschen gesetzt einmal zu  
 sterben, danach aber das Gericht.

Im Guten liegen verborgen auch alle Schätze  
 der Weisheit und der Erkenntnis.

Wenn Deutschland in der Pisa-Studie, – trotz  
 Berücksichtigung von Mängeln in der Studie  
 selbst, – sehr schlecht abgeschnitten hat, so ist  
 im deutschen Bildungswesen eben viel nicht  
 gut.

Wie wertvoll sind Kinder? Wie wertvoll und  
 wirksam ist die ihnen vermittelte Bildung?

Die Lehrstoff-Darstellung nur durch Vorträge  
 ist weder im Klassenzimmer noch im Hoch-  
 schul-Hörsaal gut. Früher lasen die Professoren  
 quasi aus ihrem Fachlehrbuch vor. Jeder  
 Student konnte das gelehrte Kapitel im Lehr-  
 buch nachlesen. Besser noch – zur Vorberei-  
 tung der Vorlesung – den Stoff lernen und  
 Problematisches nach der Vorlesung klären  
 lassen.

Der Lehrer sei nicht vorwiegend Redner, son-  
 dern faszinierender Übungsleiter.

Statt Lehrbücher könnte es DVDs geben mit  
 im Beiheft: Leitspruchsammlung, Formel-  
 sammlung, Vokabelsammlung zum Lernen  
 unterwegs.

Zu jeder DVD ein Stichwortverzeichnis,  
 Keywordbook, mit Hinweisen auf entspre-  
 chende Stellen auf der DVD.

Mit Stereokopfhörer und Stereobrille könnte  
 man ungestört schnell lernen, mit Funktasta-  
 tur zum PC auf dem Schoß sogar noch abends  
 im Bett.

Rasche Wiederholungen – gleich früh mit  
 haarscharf den gleichen Eindrücken – würden  
 eine große Wissenskapazität schnell abrufbar  
 machen.

1959 bis 1961 arbeitete ich mit Stereorönt-  
 genbildern und mit dem Hasselwanderschen  
 Betrachtungsgerät zur dreidimensionalen  
 Auswertung und zu topographisch anatomi-  
 schen Lehrzwecken mit vervielfältigten klei-  
 nen Fotokopien für die damals im Handel  
 erhältlichen kleinen Stereoskope.

Diese Arbeiten – in der Strahlenklinik der  
 Medizinischen Akademie Dresden unter Prof.  
 Dr. Fritz musste ich im April 1961 abbrechen,  
 da mich die Stadtverwaltung bei extrem star-  
 ker Ärzteflucht vor der Berliner Mauer in eine  
 verwaiste HNO-Praxis rief.

Mit moderner Technik könnte das Medizin-  
 studium heute ganz wesentlich verbessert  
 werden. Es fehlt aber noch besonders an  
 Stereolehrfilmen. Viele vorhandene Filmauf-  
 nahmen könnten bereits zu Lehrfilmen  
 zusammengestellt werden.

Mit freundlichen Grüßen und der Bitte,  
 soweit es möglich ist, bei Instituten und ihren  
 Mitarbeitern bei der Industrie oder bei wem  
 auch immer für Drehbücher und Lehrfilme zu  
 werben, damit Wissen intensiviert wird und  
 Lehrzeit abgekürzt wird.

Gert Wünsche

## Dr. med. Wolfgang Münch zum 65. Geburtstag



Am 22. August 2005 beging Herr Dr. med. Wolfgang Münch, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Krankenhaus Freital, seinen 65. Geburtstag.

Nach fast 38 Jahren engagierter und erfolgreicher Tätigkeit im Krankenhaus Freital, darunter 20 Jahre als Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, wird Herr Dr. Wolfgang Münch im August diesen Jahres seine berufliche Tätigkeit beenden und in den wohlverdienten Ruhestand eintreten.

Durch seine fachlichen Fähigkeiten und seine persönliche Offenheit, sein Verwurzelte sein in der Region, insbesondere aber durch seine ungeteilte Zuneigung und Liebe den Kindern und Jugendlichen gegenüber, ist er für seine Kollegen und Mitarbeiter im Krankenhaus, für die niedergelassenen Ärzte ebenso wie für Eltern und Kinder ein als Partner und Vorgesetzter hochgeschätzter Arzt und Mensch.

Unter unterschiedlichsten gesellschaftlichen Bedingungen und in Auseinandersetzung mit verschiedenartigsten Schwierigkeiten hat er sich stets mit Erfolg dafür eingesetzt, dass die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Weißeritzkreis als selbständige Einheit erhalten bleibt. Seit 1999 hat er sich darüber hinaus in seiner Funktion als Ärztlicher Direktor für die Entwicklung des Krankenhauses insgesamt engagiert.

Am 22. August 1940 wurde Wolfgang Münch in Rabenau geboren. Nach seiner Schulzeit dort und in Freital begann er 1958 ein Sportstudium an der DHfK in Leipzig. 1961 gelang ihm der Wechsel zum Medizinstudium an der Universität Leipzig. Dem Staatsexamen 1967 folgte im gleichen Jahr die Promotion mit einer Arbeit zum Thema: „Die Korrelation zwischen intracraniellen Blutungen und pulmonalen hyalinen Membranen beim Neugeborenen“.

Seine anfängliche Neigung zur Allgemeinmedizin wich jedoch bald einer großen Begeisterung für die Kinderheilkunde und so absolvierte er seine Facharztausbildung zum Pädiater in Freital und an der Kinderklinik der Medizinischen Akademie in Dresden bis 1972. Im gleichen Jahr wechselte er in das Freitaler Krankenhaus, wo er zum 1. Juni 1975 zum Oberarzt der Kinderabteilung und zum 1. Januar 1986 zum Chefarzt der späteren Kinderklinik berufen wurde.

Fachliche Kompetenz, Sensibilität für die Dinge zwischen den Zeilen, große Liebe zu Kindern, ein hohes Maß an Selbstdisziplin und taktvoller Umgang mit Mitarbeitern, Patienten und ihren Angehörigen führten rasch zu uneingeschränkter Anerkennung seines Wirkens. In dieser langen Zeit absolvierten zahlreiche angehende Ärzte ihre AiP-Zeit oder junge Assistenten Teile ihrer Facharzt-

ausbildung. Jeder fühlte sich in seiner Klinik wohl, fand Anschluss im Kollegenkreis und es gab wohl keinen, der nicht die gute, vom Chefarzt geprägte Atmosphäre in dieser kleinen Abteilung schätzen lernte. Herr Dr. Münch hat in den vielen Jahren seines Wirkens mit Toleranz, Offenheit, Sorgfalt und Genauigkeit jungen Kollegen verantwortungsbewusstes, selbstloses ärztliches Handeln vorgelebt.

Er war am liebsten selbst am Krankenbett, interessierte sich für die Lektüre und Gewohnheiten seiner jugendlichen Patienten genauso, wie für die Probleme und Freuden aller seiner Mitarbeiter. Selbst als fachärztlicher Kollege brauchte man sich nicht zu scheuen, ihn auch nachts zu Hause um Rat zu bitten.

Mit großer Selbstverständlichkeit war in kritischen Situationen zur Stelle. Keiner wird seinen unermüdlichen Einsatz während der großen Flut im August 2002 vergessen.

Wir alle sind von ihm, unserem verehrten Chefarzt und lieben Kollegen geprägt und der Gedanke, ihn zukünftig als solchen nicht mehr vor und neben uns zu wissen, fällt uns sehr schwer.

Wir danken Herrn Dr. Münch für eine lange, im besten Wortsinn kollegiale Zusammenarbeit. Wir wünschen ihm viel Freude und Gesundheit, damit er zukünftig alle seine Interessen und Neigungen künstlerischer und sportlicher Art intensiv pflegen und gemeinsam mit seiner Frau reisen kann und hoffen, dass er uns nicht aus dem Auge verliert.

Dipl.-Med. Sabine Pleul im Namen der  
Mitarbeiter der Kinderklinik und der  
Geschäftsführung der  
Weißeritztal-Kliniken GmbH

## Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz zum 65. Geburtstag



Im westlichen Teil Niederschlesiens, nahe der Geburtsstätte des Philosophen Jacob Böhme, wurde am 6. September 1940 Professor Albrecht Scholz als jüngstes von vier Kindern geboren. In Görlitz ist er aufgewachsen, hat er die Schule bis zum Abitur besucht. Das Umfeld der Jugend hat ihn bleibend geprägt; die große Familie am versammelten Tisch, das berufliche Engagement des Vaters als HNO-Arzt nur seinen Patienten verpflichtet und dabei als Spezialist für Stimm- und Sprachstörungen zwischen Görlitz und Berlin pendelnd, das Matriarchat, die Architektur einer immer mehr Patina ansetzenden, vom Krieg verletzten und geteilten Stadt mit altem Markt, alten Büchern und im Kontrast zu ihr die sie umschließende landschaftlich so reizvolle sanfte Hügellandschaft der Lausitz.

Von hier kam er zum Medizinstudium nach Berlin wieder in eine geteilte Stadt, aber mit noch offenen Grenzen. Alle Museen von Charlottenburg über die Nationalgalerie bis zum Pergamonmuseum wurden besucht, das aufgenommene Wissen für später „gespeichert“. Mit den klinischen Semestern kam er 1961 nach Dresden an die Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ und hier ist er mit einer kleinen Unterbrechung, für zwei Jahre wurde er aufs Land delegiert, bis heute in Blasewitz am Waldpark geblieben.

Seine weitere Ausbildung erfuhr er ab 1966 unter H. E. Kleine-Natrop an der Hautklinik. Die Wahl des Faches Dermatologie und Venerologie hatte ihre Hintergründe. Da war

der das Fach empfehlende Vater, der als HNO-Arzt wusste, dass die Dermatologie gleichermaßen ein Kind der Inneren Medizin und Chirurgie ist und somit ein weites Arbeitsgebiet für konservative und operative Tätigkeit bietet und da war H. E. Kleine-Natrop, Dermatologe mit viel Kunstsinnigkeit. Bereits während seiner Weiterbildung, die er mit der Anerkennung als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten 1969 abschloss, profilierte er sich in zwei Richtungen. Ein Schwerpunkt war die Dermatologie, hier betont die ambulante operative Dermatologie, der andere die Geschichte der Dermatologie. Zur Verwirklichung seiner Ideen und Konzepte für die Medizingeschichte und die darstellende Kunst benötigte er Mitstreiter, die er durch seine gewinnende Art rasch fand. In seiner Ehefrau, Dr. med. Ingrid Scholz, die selbst viele Jahre als praktizierende Fachärztin für Allgemeinmedizin tätig war, fand er nicht nur das Verständnis und die notwendige Akzeptanz seines rastlosen Kunstinteresses, sie bereitete Kataloge vor, redigierte sie ohne selbst hervortreten und rief ihn nicht selten in die Realität zurück.

1971 wechselte er aus der Klinik zur eigenständigen Hautabteilung der Zentralen Hochschulpoliklinik der Medizinischen Akademie und wurde dort 1976 Oberarzt.

In diese Zeit fällt der Beginn einer intensiven praktischen Forschungs- und Anwendungstätigkeit tiefer Temperaturen bei benignen und malignen Neubildungen der Haut, die 1981 in der erfolgreichen Verteidigung der Habilitation „Methodik der Kryochirurgie des Basalioms“ (gemeinsam mit G. Sebastian) gipfelten. Im gleichen Jahr trat er in Nachfolge von Horst Roder das Amt des Leiters der Hautabteilung an und blieb es bis 1996. Hier baute er schrittweise die Bereiche der ambulanten Dermatochirurgie einschließlich Kryochirurgie, Lasertherapie, Phlebologie und psychosomatische Dermatologie auf und aus. Seine kontinuierlichen Publikationen, eine florierende Hautabteilung und die Berufung in die Vorstände medizinischer Gesellschaften mussten auch von der sozialistischen Einheitspartei (SED) als Tatsachen anerkannt werden, so dass der parteilose Scholz 1985 die Dozentur für Dermatologie erhielt.

Praktisch im Nebenschluss hatte er anlässlich von Kongressreisen „in den Osten“ die notwendigen Freundschaften geschlossen, um eine Geschichte der Dermatologie dieser Länder zusammenzutragen. Die Bedeutung

jüdischer Ärzte für die Dermatologie war dabei für ihn besonders wichtig. Allein die Universitäts-Hautklinik Breslau/Wroclaw hat er bis heute fast zwanzig Mal besucht. Beim Deutsch-polnischen Symposium im September 2001 in Kreisau und 2003 in Meißen fesselte er die Zuhörer mit medizinhistorischen Vorträgen über „Lebenswege von Medizinern in Breslau“. Zuletzt im Mai dieses Jahres richtete er gemeinsam mit den Breslauer Kollegen ein Symposium aus.

Bis 1996 leitete er mit Umsicht eine moderne Hautpoliklinik. Seine Auffassung und Weitsicht, dass eine Poliklinik ein integraler Bestandteil einer Klinik sein muss, machte ihm den Abschied aus der praktizierenden Dermatologie etwas leichter. Obwohl er Jahre lang die Geschichte der Medizin gleichrangig neben der Dermatologie betrieb, wusste er, dass ein Spagat, auf der einen Seite ein praktizierender Dermatologe zu bleiben, andererseits ein guter Medizinhistoriker zu sein, zu Irritationen führen musste und seine Kräfte übersteigen würde. Sein Trost ist, dass sein Sohn, Dr. Stefan Scholz, die Dermatologie in Kassel und jetzt in Wien vertritt. Auch seine Tochter Christiane, das jüngste von drei Kindern ist als Hebamme der Medizin verbunden. Andreas Scholz hat Musik studiert und ist ein ähnlicher Unruhegeist mit vielen Hobbies wie der Vater.

Bereits im Wintersemester 1991/1992 übernahm er die Hauptvorlesung „Geschichte der Medizin“ und wurde Mitte 1992 mit der amtierenden Leitung des Institutes für Geschichte der Medizin an der Medizinischen Akademie Dresden beauftragt. Am 16. März 1992 zum apl. Professor ernannt, übernahm er gleichzeitig bis zu ihrer Auflösung 1993 die kommissarische Leitung der Zentralen Hochschulpoliklinik an der Medizinischen Akademie.

Die Entscheidung, einen „Quereinsteiger“ am 1. April 1996 als C4-Professor für Geschichte der Medizin sowie als Direktor des Institutes für Geschichte der Medizin an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden zu berufen, wurde mitgetragen von der Kenntnis, dass er wie kein anderer ein Kenner der osteuropäischen Medizingeschichte ist. Hierzu gehört, dass er von 1997 bis 2001 als Präsident die „Deutsch-Polnische Gesellschaft für Geschichte der Medizin“ leitete.

Die neue Zeit brachte neue Möglichkeiten, aber auch Verpflichtungen. 1990 gründete A. Scholz den Landesverband Sachsen im Berufsverband deutscher Dermatologen, den

er vier Jahre leitete. Im gleichen Jahr wurde er Mitbegründer des „Ärzteblatt Sachsen“, in dessen Redaktionskollegium er bis November 1992 mitarbeitete.

Nach dem Motto „Kunst bringt Gunst“ erhielt er für seine Verdienste um die Aufarbeitung jüdischer Dermatologenlebensläufe 1983, in einer Zeit, in der der Umgang mit dieser Thematik in der DDR kritisch beobachtet wurde, den Samuel Zakan Award der History of Dermatology Society in Washington. Weitere Auszeichnungen folgten ab 1990 („Karl-Linser-Medaille“, „Honorable Mention“/Atlanta). Seine wissenschaftlichen Aktivitäten können hier nur in Zahlenreihen gewürdigt werden.

44 Diplomarbeiten und Promotionen betreute er und brachte alle zum erfolgreichen Abschluss. 62 Gutachten zu Promotionen wurden erstellt. Die 303 wissenschaftlichen Arbeiten, einschließlich von Büchern, Buchbeiträgen und Ausstellungskatalogen sowie 246 Vorträge im In- und Ausland betreffen die genannten Arbeitsgebiete. Seit 1994 ist er Herausgeber der von ihm begründeten Schriftenreihe „Medizin und Judentum“, seit 1997 Redakteur der „Schriften der Medizinischen Akademie“.

Für Dich, lieber Albrecht, wird der 65. Geburtstag nicht der Beginn eines neuen besonderen Lebensabschnittes sein. Du wirst, wenn

auch nicht gerade an Deinem Ehrentag, so doch gewiss in den folgenden Wochen den bisherigen Weg weitergehen. Es ist sicher kein Geheimnis, dass Du die von Dir aufgebaute Sammlung medizinischer historischer Gegenstände weiter betreuen und erweitern wirst. Dafür wünsche ich Dir, lieber Albrecht, im Chor mit allen Kolleginnen und Kollegen aus gemeinsamen „dermatologischen Tagen“ eine lange gute Zeit mit Deiner von uns verehrten Frau Ingrid, den Kindern, Enkeln und Freunden.

Prof. Dr. Günther Sebastian  
Klinik und Poliklinik für Dermatologie des  
Universitätsklinikums Carl Gustav Carus  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

## Zur Entwicklung der Orthopädie an der Universität Leipzig

Das moderne Fach Orthopädie verdankt seine Entstehung den im 18. und vor allem im 19. Jahrhundert zunehmenden Kenntnissen über die Zusammenhänge von Form und Funktion des Körpers, dem Wissen, welche erblichen und äußerlichen Umstände seine Gestalt beeinflussen, und vor allem den steigenden Möglichkeiten, angeborene und erworbene Fehler zu bessern oder sogar zu beseitigen. Der Begriff Orthopädie geht zurück auf den Franzosen Nicolas Andry, der 1741 unter diesem Titel einen Ratgeber für Eltern veröffentlichte. Das erste wissenschaftliche Lehrbuch der Orthopädie der Welt stammt von dem 1779 in Predel bei Zeitz geborenen Johann Christian Gottfried Jörg, 1810 bis 1856 Professor der Entbindungskunst an der Universität Leipzig. Es erschien 1810 bei Barth in Leipzig unter dem Titel „Über die Verkrümmung des menschlichen Körpers und eine rationelle und sichere Heilart derselben“. Jörg behandelte in seiner Wohnung in der Schlossgasse Kinder und Jugendliche mit orthopädischen Leiden. Nach seinem Vorbild eröffnete Ernst August Carus, Professor für Chirurgie und Augenheilkunde, 1829 ebenfalls in seiner Wohnung in der Schlossgasse eine „Krankengymnastisch-orthopädische Privatheilanstalt“. Bereits 1816 war von Johann Georg Heine in Würzburg das Caroline-Institut gegründet worden. Ebenfalls 1829 entstand unter der Leitung von Georg Friedrich Louis Stromeyer in Hannover eine ähnliche Einrichtung, weitere folgten in ganz Deutschland.

Die Carussche „Heilanstalt für Verkrümmte“ zog bereits 1831 in die Königsstraße 4 um (heute Goldschmidtstraße 11). Weil Carus 1843 nach Dorpat berufen worden war, übernahm Daniel Gottlieb Moritz Schreiber (1808 bis 1861) 1844 die Leitung der Anstalt. Er verlegte sie 1848 in die Straße „Vor dem Zeitzer Tor“ 22 e (ab 1861 Zeitzer Straße 43, danach Zeitzer Straße 10, heute Westseite der Karl-Liebkecht-Straße zwischen Hohe Straße und Riemannstraße).

Schreiber, habilitiert für Innere Medizin und Heilmittellehre, widmete sein umfangreiches schriftstellerisches Schaffen der Prophylaxe und Therapie orthopädischer Erkrankungen. Einen Teil seiner sozialreformerischen Ideen verwirklichte sein Freund Ernst Innozenz Hauschild, der am 10. 5. 1864 in Leipzig den ersten „Schreiberverein der Leipziger Westvorstadt in Andenken an den geistigen Vater der Idee“ ins Leben rief. Er existiert heute noch.

Am 1. 5. 1859 trat der aus Schneeberg stammende Carl Hermann Schildbach (1824 bis 1888) die Nachfolge des erkrankten Schreiber an. Er habilitierte sich als erster in Deutschland im Frühjahr 1875 für das Fach Orthopädie und gründete am 29. 4. 1876 nach mehrjährigen Auseinandersetzungen mit dem Kultus-Ministerium in Dresden im Mittelpaulinum der Universität die erste orthopädische Universitäts-Poliklinik in Deutschland. Er führte sie durch viele Widrigkeiten bis zum 31. 3. 1885.

Nachfolger Schildbachs wurde am 1. 4. 1885 Theodor Kölliker (1852 bis 1937), seit 1881 Assistent bei Schildbach und ebenfalls seit 1881 Privatdozent für Chirurgie. Er nutzte seine chirurgischen Kenntnisse zur operativen Behandlung von Kontrakturen und Deformitäten, insbesondere rachitischer Verbiegungen und des Klumpfußes, und führte den Redressions-Gipsverband ein. Die Operationen erfolgten ambulant oder in der chirurgischen Privatklinik Köllikers (Tauchaer Straße, später Marienstraße 10). Da das Mittelpaulinum 1892 abgebrochen wurde, kam die Orthopädische Poliklinik zwischen Mitte März 1893 und Ende März 1894 vorübergehend in den Hörsälen 11, 12 und 14 des Augusteums unter. Ab 1. 4. 1894 war sie in der Universitätsstraße 13 untergebracht, wo sie bis 1908 blieb. In diesem Jahr zog sie in das als Gasthaus errichtete Gartenhaus des Grundstücks Nürnberger Straße 57 um in Räume, die ursprünglich als Pferdestall und „Ablage“ genutzt worden waren.

Am 1. 10. 1923 trat Franz Schede (1882 bis 1976) die Nachfolge Köllikers als Direktor der Poliklinik für orthopädische Chirurgie an. Er wurde zum außerordentlichen Professor für Orthopädie ernannt. Schede fand trotz der erheblich gestiegenen Patientenzahlen sehr unbefriedigende Arbeitsbedingungen vor. Ambulante Behandlungen erfolgten weiterhin unter den beengten Verhältnissen der Nürnberger Straße 57, wo auch operiert wurde. Für stationäre Patienten stand das 1910 gegründete

Heim des Fürsorgevereins für gebrechliche Kinder in Eutritzsch zur Verfügung. Schedes Forderungen entsprechend wurde das Gebäude in der Nürnberger Straße 57 gründlich umgebaut, so dass darin ab 1924 30 Betten zur Verfügung standen. „Langlieger“ nahm weiterhin die Einrichtung in Eutritzsch auf. Trotz aller Modernisierungen genügte das „Gartenhaus“ den weiter steigenden Ansprüchen nicht, zumal das Fach Orthopädie zum Pflichtbestandteil des Medizinstudiums erklärt worden war. Schede konnte Landesregierung und Landtag mit einer Denkschrift dazu bewegen, das Geld für einen allen Ansprüchen genügenden Neubau zu bewilligen. Am 1. 7. 1927 erfolgte gegenüber der Deutschen Bücherei und neben der neuen Universitätsfrauenklinik auf dem dreieckigen Grundstück Kaiser-Maximilian-Straße 53 (heute Philipp-Rosenthal-Straße 53) der erste Spatenstich. Den Bau leitete Baurat Philipp, der Architekt hieß Dr. Kramer.

Die Hauptachse des Gebäudes verläuft parallel zur Philipp-Rosenthal-Straße, der Platz vor der Russischen Gedächtniskirche wurde durch die Front des Hauptgebäudes geschlossen. In Richtung der Tiroler Straße, der heutigen Semmelweisstraße, schließen sich parallel zum Hauptgebäude 3 weitere Querflügel an. Die Krankenstationen wurden in den 3 Stockwerken des Längsbau an der Philipp-Rosenthal-Straße untergebracht, davor geräumige nach Süden offene Terrassen, die der ärztlichen Forderung nach Licht, Luft und Sonne Rechnung trugen. Eine weitere, große Terrasse wurde auf dem Dach der beiden Turnsäle eingerichtet. Die Terrassen an der Philipp-Rosenthal-Straße wurden stufenförmig angeordnet, die glatte Nordfront zum Teil durch runde Fenster geöffnet, so dass das Haus an einen Ausflugsdampfer erinnert. Die Belegung der meisten Krankenzimmer war mit einem oder zwei Betten vorgesehen, die geräumigen von Tageslicht durchfluteten Korridore dienten den Gehübungen der Patienten. Mit Küche, Wäscherei, Heizanlagen einschließlich Warmwasserzubereitung und eigener Verwaltung war die Klinik weitgehend autark. Besondere Bedeutung für ihre fachliche Arbeit kam der orthopädischen Werkstatt zu, die der Orthopädie-Mechanikermeister Josef Wolf leitete. Er war mit Schede aus München gekommen und bereits in der „alten Klinik“ in der Nürnberger Straße tätig gewesen.

Der Umzug in das neue Gebäude fand am 10. 2. 1930 statt, die offizielle Einweihungsfeier am 29. 4. 1930, 54 Jahre nach der Gründung der Leipziger orthopädischen Universitäts-Poliklinik durch Schildbach. Die Belegung

der Klinik schritt rasch voran, und im ersten Jahr des Bestehens wurden fast 1100 Patienten stationär behandelt. Der bald erreichte Tag, an dem zum ersten Mal 100 Patienten die Ambulanz aufgesucht hatten, wurde festlich begangen. Parallel zur Klinik in der Philipp-Rosenthal-Straße diente die Einrichtung „Humanitas“, jetzt in Probstheida, zur Langzeitaufnahme von Kindern, die von einer Sonderschule pädagogisch betreut wurden. Die Lehrer der Sonderschule unterrichteten auch die Patienten im „Haupthaus“. Nach einigen Jahren gründete Schede in Dölitz eine „Waldschule“, in welcher im Freien gelehrt wurde, um dem Mangel an Bewegung und frischer Luft besonders zu begegnen.

1938 wurde die Fachschule für Krankengymnastik und Massage auf Drängen Schedes von Dresden, wo sie 1919 gegründet worden war, nach Leipzig verlegt. Sie nannte sich jetzt „Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage“ und wurde in der Orthopädischen Klinik, Eingang Semmelweisstraße 10, untergebracht. Die Umsiedlung erlaubte einen direkten Einfluss der Orthopädie auf die Ausbildung der für ihre Arbeit unverzichtbaren Krankengymnastinnen und Massörinnen. Die Aufwärtsentwicklung der Klinik wurde durch den Krieg abgebrochen. Ärzte und Schwestern wurden abgezogen, ein Teil der Einrichtung bis 1940 von der Wehrmacht in Anspruch genommen. Der erste Luftangriff, von dem sie am 20. 10. 1943 betroffen wurde, richtete nur geringen Schaden an. 10 Minuten nach dem zweiten am 4. 12. 1943 um 3 Uhr 45 brannte das gesamte Dach aus und wurden der Hörsaalflügel sowie beide großen Seitenflügel und die Krankenstationen so schwer beschädigt, dass an eine Weiterführung des Klinikbetriebs nicht zu denken war. Die stationär behandelten erwachsenen Patienten wurden daher unter großen Mühen in die Heil- und Pflegeanstalt Hochweitzschen verlegt, wo bis November 1945 ein Notbetrieb aufrecht erhalten wurde. Als Ausweichquartiere für Kinder dienten das „Humanitas“-Heim und Schloss Seelingstädt bei Grimma. Die Reste des Gebäudes verdankten ihre Rettung den Mitarbeitern der Klinik, die den Brand vom 4. 12. 1943 noch vor dem Eintreffen der Feuerwehr gegen 13.00 Uhr weitgehend gelöscht hatten. Die Schäden waren so schwer, dass seitens des Landbauamtes eine dringliche Rekonstruktion ausgeschlossen wurde. In Selbsthilfe, unterstützt von einigen wenigen Arbeitskräften, aber ohne behördlichen Rückenhalt begann die Belegschaft mit dem Wiederaufbau, der nach beharrlicher Überzeugungsarbeit bei den zuständigen

Behörden endlich durch Baurat Philipp geleitet und beschleunigt werden durfte. Er wurde unterbrochen durch zwei weitere Luftangriffe am 22. 2. 1944 und am 6. 4. 1945, welche das Gebäude noch einmal erheblich beschädigten. Mitte Januar 1944 begann der Vorlesungsbetrieb in einem Kursraum der Frauenklinik wieder, und am 15. 4. 1944 wurden die ersten Patienten zur stationären Behandlung aufgenommen. Die ambulanten Patientenzahlen erreichten bald wieder den Vorkriegsstand. Zur 25-Jahr-Feier des Gebäudes fehlten noch der Ausbau der beiden zerstört gewesenen Seitenflügel, war die Klinik aber wieder weitgehend funktionsfähig, wenn auch teilweise in Provisorien.

1947 verließ Schede die Klinik. Sein kommissarischer Nachfolger wurde Dr. Rimann, ein Chirurg aus Liegnitz, seit 1945 bereits verwaltungsmäßig ärztlicher Direktor. Ihm folgte am 1. 12. 1949 Mommsen, der die konservative Orthopädie und die Apparateversorgung in den Mittelpunkt seines Schaffens stellte. Daraus ergaben sich einige organisatorische und bauliche Veränderungen. Im Zuge des Wiederaufbaus konnte 1952 der Männerturnsaal wieder in Betrieb genommen und ein septischer Operationsraum eingerichtet werden. Die personelle Ausstattung wurde durch die Einstellung eines Photographen, eines Zeichners und eines Feinmechanikers vervollständigt.

Im Januar 1953 übernahm Friedrich Loeffler, Direktor der Berliner Orthopädischen Universitätsklinik an der Charite, die kommissarische Leitung der Klinik. Gleichzeitig wurde das „Humanitas“-Heim als „Städtische Orthopädische Klinik Dr. Georg Sacke“ selbständig. Loeffler widmete sich wieder vorrangig der operativen Orthopädie, insbesondere der operativen Behandlung der Luxationshüfte und des Klumpfußes. Die Operationszahl stieg zwischen 1952 und 1954 von 566 auf 897, die Zahl der stationär behandelten Patienten lag 1953 bei 1200.

Zum 1. 10. 1955 wurde Peter Friedrich Matzen zum Ordentlichen Professor für Orthopädie an die Universität Leipzig berufen, die sich seit dem 5. 5. 1953, dem 135. Geburtstag von Karl Marx, Karl-Marx-Universität nannte. Unter seiner Leitung wurde die Organisation der Klinik neu geordnet und gestrafft und 1965 die letzten Kriegsschäden beseitigt. Der Operationstrakt wurde modernisiert und unter anderem durch eine Knochenbank ergänzt, die Ambulanz umgebaut und durch eine moderne Röntgeneinrichtung komplettiert, eine Quarantänestation für Kinder eingerichtet. Es gelang, die Orthopädische Werkstatt,

immer noch unter der Leitung von Josef Wolf, während einer Zeit, in welcher die meisten bis dahin selbständigen Handwerksbetriebe Produktionsgenossenschaften beitreten mussten oder in volkseigene Betriebe umgewandelt wurden, in die Klinik überzuführen und später zu einer Abteilung für Technische Orthopädie auszubauen. Die jährlichen Operationszahlen stiegen bis zum Anfang der siebziger Jahre auf mehr als 2.000, die Zahl der ambulanten Patienten lag bei jährlich 40.000, die der physiotherapeutischen Anwendungen bei 190.000. Die Leistungsfähigkeit der Klinik spiegelte nicht nur ihr breites orthopädisch-operatives Spektrum wieder, das ihr regen Zulauf vor allem aus den Südbezirken der damaligen DDR einbrachte, sondern auch ihre Teilnahme an der Versorgung von akuten Verletzungen des Haltungs- und Bewegungsapparats weit über den Bezirk Leipzig hinaus. Etwa ein Drittel der jetzt 188 Betten war regelmäßig mit Unfallpatienten belegt. In Leipzig wurde eine Entwicklung vorweggenommen, die in den letzten Jahren zur Vereinigung der Disziplinen Orthopädie und Traumatologie geführt hat, nicht mehr nur zum Vorteil der Orthopädie. – Daneben bestimmte die Leipziger Orthopädische Universitätsklinik maßgeblich auch die wissenschaftliche Entwicklung des Fachs. Die Leipziger Schule wurde intern in wöchentlichen Referierveranstaltungen vermittelt, nach außen in mehr als 650 Publikationen und über 30 Büchern beziehungsweise Buchbeiträgen dargestellt. 1958 und 1960 wurden Kongresse der Orthopädischen Gesellschaft der DDR unter internationaler Beteiligung in Leipzig abgehalten, 1973 ein Symposium zum Thema Transplantation von Knochengewebe. In die beiden Jahrzehnte zwischen 1955 und 1975 fielen 21 Habilitationen und 115 Promotionen bzw. Diplomierungen. Eine Reihe von namhaften orthopädischen Einrichtungen wurde mit „Matzen-Schülern“ besetzt.

Die SED spielte lange keine nennenswerte Rolle. Die Parteigruppe umfasste höchstens drei Mitglieder (von etwa 250 Mitarbeitern) und gehörte organisatorisch zu der der benachbarten Universitätsfrauenklinik. Eine gewisse Änderung trat Anfang 1969 nach einem Disziplinarverfahren gegen Matzen ein, bei dem es vordergründig um eine Beleidigung ging, die einem stellvertretenden Minister angeblich zugefügt worden war, in Wirklichkeit aber um die Durchsetzung der 3. Hochschulreform, welche die geistige Unabhängigkeit der Universitäten erheblich einschränken sollte und die Matzen wiederholt

kritisiert hatte. Während des Verfahrens war es ihm untersagt, die Klinik zu betreten. Es endete mit einem strengen Verweis und dem Verbot, weiter an der Ausbildung von Studenten teilzunehmen, mit der faktischen Abberufung als Hochschullehrer. Am 24. 2. 1969 durfte Matzen aber die Leitung der Klinik wieder aufnehmen. Eine Rehabilitation durch die Universität ist bisher nicht erfolgt. Die Einstellung auch von ärztlichen Mitarbeitern wurde jetzt „zentral“ geregelt, und die ersten „Genossen“ erschienen im Kreis der ärztlichen Mitarbeiter. Matzens Überzeugungskraft und dem ungebrochenen Teamgeist, der in der Klinik weiterhin herrschte, gelang es bald, sie von ihren Irrtümern abzubringen.

Am 1. 10. 1975 gingen das Ordinariat und das Direktorat der Klinik an Harro Seyfarth über. Seyfarth, wie Matzen auch Facharzt für Chirurgie, setzte die orthopädisch-traumatologisch orientierte Arbeit der Klinik fort und sorgte ebenfalls für eine Reihe von Modernisierungen, beispielsweise für einen erneuten Umbau des Operationssaal, der Anfang der achtziger Jahre sogar mit einem modernen Operationstisch ausgerüstet werden konnte. Dieser stellte ein Geschenk des ZK der SED anlässlich des 30. Jahrestages der DDR dar und lagerte einige Jahre im Eingangsbereich, weil die zuständigen Stellen der Karl-Marx-Universität nicht in der Lage waren, eine Änderung der elektrischen Anlage zu projektieren, die nach Angaben des Herstellers gar nicht nötig war.

An die Stelle der Promotion war nach der 3. Hochschulreform weitgehend die Diplomierung getreten. Fast regelmäßig erfolgten die dafür verlangten Verteidigungen während der Referierveranstaltungen, aber auch eine beträchtliche Zahl von Promotions- und 8 Habilitationsverteidigungen. „Seyfarth-Schüler“ besetzten später die Lehrstühle für Orthopädie in Magdeburg und Halle sowie den in Leipzig. Wolf Arnold folgte Seyfarth am 1. 10. 1986. Sein erstes Amtsjahr verbrachte er im Rahmen einer Vereinbarung zwischen der Karl-Marx-Universität und dem äthiopischen Staat in Gondar. Währenddessen leitete Horst Fleißner die Klinik kommissarisch. – Größere bauliche oder organisatorische Änderungen erfuhr die Klinik während dieser Jahre nicht. Nach kommissarischer Leitung der Einrichtung durch Peter Felix Matzen ab 1. 1. 1993, wie Arnold von den Vereinigten Berufsgenossenschaften Bayern und Sachsen zum D-Arzt bestellt, übernahm am 1. 6. 1994 Georg von Salis-Soglio Lehrstuhl und Direktorat. Die Bettenzahl, die Anfang 1993 bereits von 188 auf 125 reduziert worden war, schrumpfte

noch einmal auf jetzt 90. Die Klinik erlebte in den nächsten Jahren eine Reihe von zum Teil tiefgreifenden organisatorischen und baulichen Veränderungen. So ging die ambulante orthopädische Versorgung weitgehend an niedergelassene Fachkollegen über, und die Verweildauer sank auf 15 bis schließlich unter 10 Tage. Die Zahl der stationären operativen Eingriffe veränderte sich kaum, ambulante Operationen wurden aber kaum noch vorgenommen. Die Versorgung von traumatisch Geschädigten entfiel fast völlig. Im Vordergrund standen nun die Endoprothetik und die Wirbelsäulenchirurgie, daneben die so genannte septische Orthopädie, die operative Behandlung von Patienten mit „rheumatischen“ Erkrankungen und die arthroskopische Gelenkchirurgie. Kinderorthopädische Operationen spielten ihre angestammte Rolle weiter, und es gelang, das Überleben der Kinderabteilung zu sichern.

Zwischen 1998 und 2001 verwandelte sich die Klinik in eine Baustelle. Die unvermeidlichen Belästigungen verlangten von Patienten und Mitarbeitern ein hohes Maß an Verständnis. Im Zuge der Umgestaltung wurde der Eingang in die Semmelweisstraße verlegt und der Verkehrsfluss im Gebäude neu geregelt. Alle Patientenzimmer wurden mit Bädern, die Bettenstellplätze mit Telefonanschlüssen und Fernsehleinrichtungen ausgestattet. Die Stationen erstrecken sich wie in den dreißiger Jahren über die ganze Gebäudelänge an der Philipp-Rosenthal-Straße. Die Korridore liegen im Inneren des Hauses. Die Terrassen vor den Stationen wurden saniert und wieder nutzbar gemacht. Die größte auf den beiden Turnsälen musste dem Neubau eines endlich klimatisierten Operationstrakts mit drei getrennten Operationsräumen weichen, der Männerturnsaal dem neuen Eingangsbereich. Das 1965 in einem der Seitenflügel wieder eingerichtet Kasino wurde funktionslos, weil die frühere Einfahrtshalle und die Garagen zu einer Cafeteria umgestaltet wurden.

Am 29. 4. 2005 jährte sich zum 75. Mal der Tag der feierlichen Einweihung im Jahre 1930. Das Gedenken musste sich auch mit der bevorstehenden Umsiedlung der Erwachsenen-Stationen der Orthopädischen Universitätsklinik in das Chirurgisch orientierte Zentrum in der Liebigstraße und der Kinderabteilung in ein Gebäude der Universitätskinderklinik beschäftigen. Durch die Vereinigung mit der Traumatologie verliert die Leipziger Orthopädie nicht nur ihre universitäre Selbständigkeit sondern auch ihre Einheit.

P. Matzen

# Unsere Jubilare im Oktober

Wir gratulieren

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>60 Jahre</b></p> <p>03. 10. Dipl.-Med. Coßmann, Wilhelm<br/>01917 Kamenz</p> <p>05. 10. Raußendorf, Winfriede<br/>01809 Dohna</p> <p>07. 10. Dr. med. Heinemann, Klaus-Peter<br/>08412 Königswalde</p> <p>10. 10. Dr. med. Funke, Heidelind<br/>02763 Eckartsberg</p> <p>11. 10. Doz. Dr. med. habil. Gstöttner, Hans<br/>06108 Halle</p> <p>15. 10. Dr. med. Hentschel, Rudolf<br/>01705 Freital</p> <p>18. 10. Asperger, Christine<br/>04229 Leipzig</p> <p>18. 10. Dr./Universität Buenos Aires Battellini,<br/>Roberto Rafael<br/>04299 Leipzig</p> <p>18. 10. Dr. med. univ. Prinz zur<br/>Lippe-Weissenfeld, Christian<br/>01809 Dresden</p> <p>18. 10. Dr. med. Vogel, Claus<br/>04155 Leipzig</p> <p>20. 10. Dr. med. Wronna, Rosemarie<br/>09419 Thum</p> <p>22. 10. Petzold, Christina<br/>09577 Niederwiesa</p> <p>23. 10. Dr. med. Lindner, Rosemarie<br/>09114 Chemnitz</p> <p>23. 10. Dr. med. Pawlowsitch, Taissija<br/>04107 Leipzig</p> <p>24. 10. Dr. med. Junge, Brigitte<br/>08209 Auerbach</p> <p>30. 10. Dr. med. Haaser, Brigitte<br/>04758 Oschatz</p> <p>30. 10. Dr. med. Kobler, Arno<br/>09627 Oberbobritzsch</p> <p><b>65 Jahre</b></p> <p>01. 10. Achenbach, Sigrid<br/>04416 Markkleeberg</p> <p>01. 10. Kühne, Uta<br/>01737 Tharandt</p> <p>02. 10. Bohls, Hans-Georg<br/>01773 Altenberg</p> <p>03. 10. Dr. med. Oberbach, Wilfriede<br/>01458 Ottendorf-Okrilla</p> <p>03. 10. Dr. med. Schmid, Rainer<br/>07546 Gera</p> <p>04. 10. Dr. med. habil. Sickor, Hans-Jürgen<br/>02827 Görlitz</p> <p>05. 10. Bollinger, Brigitte<br/>02977 Hoyerswerda/Schwarzkolm</p> <p>05. 10. Dr. med. Thümmel, Ingrid<br/>01445 Radebeul</p> <p>05. 10. Dr. med. Vogtmann, Brigitte<br/>04425 Taucha</p> <p>06. 10. Beckert, Hellfried<br/>01819 Berggießhübel</p> <p>06. 10. Dr. med. Nake, Bernd<br/>01139 Dresden</p> <p>06. 10. Dr. med. Schittkowski, Hans-Peter<br/>09618 Brand-Erbisdorf</p> <p>07. 10. Dr. med. Möller, Brigitte<br/>04347 Leipzig</p> <p>08. 10. Ebschbach, Hannelore<br/>04821 Waldsteinberg</p> <p>08. 10. Dr. med. Merkel, Petra<br/>01156 Dresden</p> <p>10. 10. Dr. med. Diettrich, Gerda<br/>04509 Radefeld</p> <p>10. 10. Dr. med. Koschny, Ingrid<br/>04105 Leipzig</p> <p>10. 10. Dr. med. Schlegel, Günter<br/>02827 Görlitz</p> <p>11. 10. Dr. med. Henschel, Udo<br/>04205 Miltitz</p> <p>11. 10. Dr. med. Weinert, Barbara<br/>01109 Dresden</p> <p>12. 10. Orphal, Peter<br/>01900 Großbröhrsdorf</p> <p>12. 10. Pleschke, Monika<br/>08606 Oelsnitz</p> | <p>13. 10. Dr. med. Rühmer, Christine<br/>08223 Falkenstein</p> <p>13. 10. Dr. med. Winklmann, Bernd<br/>01239 Dresden</p> <p>14. 10. Dr. med. Herzig, Werner<br/>01731 Kautzsch</p> <p>15. 10. Dr. med. Hennig, Helga<br/>04668 Grimma</p> <p>16. 10. Ebert, Klaus<br/>01587 Riesa</p> <p>16. 10. Dr. med. Fege, Jürgen<br/>09600 Berthelsdorf</p> <p>18. 10. Prof. Dr. med. Beier, Lothar<br/>09116 Chemnitz</p> <p>19. 10. Dr. med. Eckleben, Renate<br/>09212 Limbach-Oberfrohna</p> <p>20. 10. Dipl.-Med. Seidel, Christa<br/>08209 Auerbach</p> <p>21. 10. Dr. med. Köbernick, Hubert<br/>01109 Dresden</p> <p>21. 10. Dr. med. Schott, Maria<br/>08056 Zwickau</p> <p>22. 10. Prof. Dr. med. habil. Duck, Hans-Joachim<br/>04827 Machern</p> <p>22. 10. Dipl.-Med. Moritz, Valentina<br/>04157 Leipzig</p> <p>23. 10. Dr. med. Czekalla, Wolfgang<br/>04105 Leipzig</p> <p>23. 10. Dr. med. Jacob, Dieter<br/>02708 Obercunnersdorf</p> <p>23. 10. Dr. med. Kunz, Wieland<br/>04824 Beucha</p> <p>23. 10. Dr. med. Thielemann, Helga<br/>01129 Dresden</p> <p>24. 10. Dr. med. Thoß, Peter<br/>08523 Plauen</p> <p>25. 10. Dr. med. Gatzweiler, Gisela<br/>01219 Dresden</p> <p>25. 10. Dr. med. Ramsch, Manfred<br/>04838 Eilenburg</p> <p>26. 10. Dr. med. Dietrich, Hans-Jürgen<br/>01662 Meißen</p> <p>26. 10. Morgenstern, Helgard<br/>09337 Hohenstein-Erstthal</p> <p>27. 10. Peltner, Roswitha<br/>09517 Zöblitz</p> <p>28. 10. Dr. med. Theml, Doris<br/>04288 Leipzig</p> <p>29. 10. Gruner, Senta<br/>09350 Lichtenstein</p> <p>29. 10. Dr. med. Schwabe, Werner<br/>01468 Reichenberg</p> <p>30. 10. Dr. med. Günther, Jürgen<br/>09244 Lichtenau</p> <p>30. 10. Halank, Ursula<br/>02625 Bautzen</p> <p>30. 10. Dr. med. Nolopp, Thomas<br/>04347 Leipzig</p> <p>30. 10. Dr. med. habil. Reske, Wolfgang<br/>01217 Dresden</p> <p>31. 10. Dr. med. Jelen, Marlis<br/>01307 Dresden</p> <p><b>70 Jahre</b></p> <p>01. 10. Prof. Dr. med. habil. Göpfert, Edith<br/>04178 Leipzig</p> <p>01. 10. Prof. Dr. sc. med. Schentke, Klaus-Ulrich<br/>01326 Dresden</p> <p>02. 10. Dr. med. Wendel, Hanns-Georg<br/>09496 Marienberg</p> <p>07. 10. Prof. Dr. med. habil. Goldhahn, Gisela<br/>04109 Leipzig</p> <p>07. 10. Dr. med. Luther, Theo<br/>04159 Leipzig</p> <p>07. 10. Dr. med. Schulze, Ingrid<br/>01847 Rathewalde</p> <p>08. 10. Dr. med. Möller, Christine<br/>08060 Zwickau</p> <p>10. 10. Dr. med. Geisler, Ullrich<br/>02829 Markersdorf</p> <p>10. 10. Dr. med. Pause, Hans-Udo<br/>09496 Marienberg</p> | <p>10. 10. Prof. Dr. med. habil. Seebacher, Claus<br/>01309 Dresden</p> <p>13. 10. Fritsche, Wolfram<br/>02681 Schirgiswalde</p> <p>17. 10. Dr. med. Sandow, Anne<br/>01662 Meißen</p> <p>20. 10. Dr. med. Schilke, Gertrud<br/>09603 Bräunsdorf</p> <p>21. 10. Beyer, Marianne<br/>09212 Limbach-Oberfrohna</p> <p>25. 10. Dr. med. Polster, Ingrid<br/>04159 Leipzig</p> <p>25. 10. Doz. Dr. med. habil. Siegismund, Kurt<br/>01309 Dresden</p> <p>28. 10. Dr. med. Bieler, Rolf<br/>04758 Oschatz</p> <p>28. 10. Werner, Karla<br/>01816 Bad Gottleuba</p> <p>31. 10. Dr. med. Basche, Friedrich<br/>02739 Eibau</p> <p><b>75 Jahre</b></p> <p>14. 10. Dr. med. Resky, Ursula<br/>04103 Leipzig</p> <p>23. 10. Dr. med. Kupsch, Dieter<br/>01219 Dresden</p> <p><b>81 Jahre</b></p> <p>07. 10. Dr. med. Starzinski, Hans-Joachim<br/>04155 Leipzig</p> <p>18. 10. Dr. med. Huth, Christa<br/>04229 Leipzig</p> <p>28. 10. Dr. med. Bog, Rudolf<br/>09456 Annaberg-Buchholz</p> <p><b>82 Jahre</b></p> <p>04. 10. Prof. em. Dr. med. habil.<br/>Ludewig, Reinhard<br/>04357 Leipzig</p> <p>20. 10. Dr. med. Schieck, Ilse<br/>04103 Leipzig</p> <p><b>83 Jahre</b></p> <p>22. 10. Doz. Dr. med. habil. Trautmann, Ilse<br/>04109 Leipzig</p> <p><b>84 Jahre</b></p> <p>12. 10. Dr. med. Bulirsch, Karl<br/>04579 Espenhain</p> <p>13. 10. Prof. Dr. med. habil. Schlegel, Lotte<br/>04109 Leipzig</p> <p><b>85 Jahre</b></p> <p>09. 10. Dr. med. Berndt, Klaus-Dietrich<br/>09117 Chemnitz</p> <p>23. 10. Dr. med. Klötzer, Editha<br/>08062 Zwickau</p> <p>25. 10. Dr. med. Jentsch, Ingeborg<br/>02736 Oppach</p> <p><b>87 Jahre</b></p> <p>12. 10. Dr. univ. med. Heil, Wolfgang<br/>08058 Zwickau</p> <p>29. 10. Dr. med. Genserowski, Fritz<br/>04849 Bad Dübren</p> <p>29. 10. Dr. med. Seidler, Gerhardt<br/>01662 Meißen</p> <p><b>88 Jahre</b></p> <p>02. 10. Dr. med. Schmidt, Hellmut<br/>04288 Leipzig</p> <p>03. 10. Dr. med. Winkler, Johannes<br/>04651 Bad Lausick</p> <p>05. 10. Dr. med. Schneider, Elisabeth<br/>02730 Ebersbach</p> <p><b>89 Jahre</b></p> <p>22. 10. Dr. med. Wagner, Karl<br/>08058 Zwickau</p> <p><b>90 Jahre</b></p> <p>17. 10. Dr. med. Olsen, Hedwig<br/>02906 Niesky</p> <p>18. 10. Dr. med. Bühl, Rudolf<br/>04249 Leipzig</p> |
|---|---|--|

## Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Ernst Winkelmann

\* 26. 1. 1931

† 22. 1. 2005



Am 22. Januar 2005 verstarb Prof. Dr. Winkelmann; mit ihm verliert die sächsische Ärzteschaft einen ihrer prominentesten und in aller Welt angesehenen Hirnforscher und Arzt. Herr Kollege Winkelmann war ein Pionier der Neuroanatomie, der in einer Vielzahl von Publikationen die Ergebnisse eigener Forschung auf dem Gebiet der Neuroanatomie, speziell der Neurohistologie und funktionellen Morphologie des Zentralner-

vensystems dargestellt hat. Herausragende internationale Reputation erwarb sich Ernst Winkelmann mit Untersuchungen zum visuellen System, zur Funktion des Corpus geniculatum laterale und des visuellen Cortex.

Sein Ruf als Wissenschaftler führte zu vielen Auszeichnungen und Ehrungen. Erwähnt sei besonders seine Aufnahme als Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina 1977 und sein Wirken für renommierte internationale Fachjournale wie „Journal für Hirnforschung“, „Experimental Brain Research“.

Ernst Georg Reinhold Winkelmann wurde am 26. Januar 1931 in Freiberg geboren. Hier besuchte er auch die Grund- und Oberschule. Nach Abitur (1949) und Medizinstudium (1951 bis 1956) in Berlin begann er am Anatomischen Institut der Charité unter seinen Lehrern Prof. W. Kirsche und Prof. Waldeyer seine wissenschaftliche Laufbahn. Promotion 1957 und Habilitation 1967 waren Etappen auf einem Weg der schließlich 1975 zur ersten ordentlichen Professur für Neuroanatomie in der DDR in Leipzig führte. Als Leiter des bekannten Leipziger Hirnforschungsinstitutes war er maßgeblich an der ebenfalls 1975 erfolgten Gründung des „Paul Flechsig Institutes für Hirnforschung“ der Universität beteiligt. Damals wurden Neuroanatomie, Neurochemie und Neurophysiologie zu interdisziplinärer Forschung zusammengeführt.

Das bemerkenswerte internationale Ansehen von Ernst Winkelmann führte ihn in viele wissenschaftliche Zentren der Welt. Mit Vorträgen und Hospitationen an vielen deutschen Universitäten beförderte er den guten Ruf der Leipziger Hirnforschung.

Prof. Winkelmann war auch ein engagierter Hochschullehrer, der schon in seiner Berliner Zeit ein beliebter Ausbilder war. Gastprofessuren in der Schweiz und an unterschiedlichen deutschen Universitäten belegen seine diesbezüglichen Aktivitäten. Die Dresdner medizinische Fakultät wird sein Wirken als Gastprofessor nach der Wende in der Zeit des Neuaufbaues eines vorklinischen Unterrichts nicht vergessen.

Schon im Ruhestand, ging Ernst Winkelmann 1996 für zwei Jahre nach Thailand, um dort am Aufbau der Medizinischen Fakultät der Naresuan-Universität zu helfen.

Mit dem Tode von Prof. Winkelmann verliert die sächsische Ärzteschaft einen ihrer profiliertesten Wissenschaftler. Alle die ihn näher kannten, werden ihn als freundlichen kooperativ denkenden, warmherzigen Menschen in Erinnerung behalten. Die sächsische Ärzteschaft wird seiner ehrend gedenken.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

## Nachruf für Dr. med. Christian Waselau

\* 30.12.1967  
† 17.07.2005



Am 17. Juli 2005 verstarb durch einen furchtbaren Unglücksfall unser Freund und Kollege Dr. med. Christian Waselau im Alter von 37 Jahren.

Dr. Waselau studierte von 1989 bis 1995 Humanmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle.

Nachfolgend nahm er dort seine Facharztausbildung für Anästhesie auf, die er seit 1999 im Waldkrankenhaus Bad Dübener fortsetzte. Wir

lernten ihn als liebenswerten Menschen und außerordentlich kompetenten Arzt sehr schnell schätzen. Charakteristisch für ihn waren sein unbändiger Fleiß, gepaart mit nie versiegender Energie und Ausdauer. Mit Ende der Facharztausbildung im Jahr 2000 präsentierte er sich als theoretisch versierter und praktisch äußerst geschickter Anästhesist und Intensivmediziner. Folgerichtig wurde er bereits 2001 zum leitenden Oberarzt unserer Abteilung ernannt. In dieser Funktion bewies er Entscheidungsfreudigkeit, Offenheit und kameradschaftlichen Umgang mit allen Mitarbeitern, aber auch die Fähigkeit zur Selbstkritik und zur sachlichen Kritik an anderen. Sein besonderes Interesse galt von jeher der Schmerztherapie, und es gelang ihm auf diesem Gebiet in kürzester Zeit einen Erfahrungsschatz anzuhäufen, der angesichts seines noch jugendlichen Alters nur Bewunderung hervorrufen konnte. Mit Unterstützung der Klinik und der Kollegen und Kolleginnen rief Dr. Waselau eine Schmerzambulanz ins Leben, die besonders wegen der breiten Palette an invasiven Verfahren innerhalb kürzester Zeit einen überregionalen Ruf erlangte. Krönung dieser Arbeit und Ansporn zugleich war die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“, die er im Jahr 2004 erwarb. Seine spezielle Zuwendung galt Patienten mit besonders schwerwiegenden und hartnäckigen Schmerzsyndromen; für sie setzte er alle Hebel in Bewegung und ruhte nicht, bis ihnen

geholfen war. Hunderte Patienten verdanken Herrn Dr. Waselau ihr Leben und die Linderung ihrer Schmerzen. Sie werden ihn sehr vermissen.

Liebe und Zuwendung galten selbstverständlich auch seiner Frau und seinen beiden jetzt acht- und fünfjährigen Söhnen, die er liebevoll umsorgte. Auch der Sportler Dr. Waselau genoss allgemeine Wertschätzung. Er strebte stets nach höchstem Niveau, egal ob beim Skisport, Radfahren oder seinem geliebten Marathonlauf. Dabei tankte er Lebensfreude und Energie, ebenso wie beim Hören der von ihm so geschätzten klassischen Musik.

Sein Streben nach beruflicher Weiterentwicklung führte Dr. Waselau ab Mai 2005 in die Klinik für Sportverletzte Lüdenscheid, wo er seither als leitender Oberarzt tätig war. Auf dem Rückweg von zuhause nach dort passierte der tragische Unfall.

Der Tod von Dr. Christian Waselau ist für uns alle unfassbar und erfüllt uns mit Schmerz und tiefer Trauer. Wir werden ihn für immer im Gedächtnis behalten. Seiner Familie gilt unsere Hilfe und unser Mitgefühl.

Ärzteamt Waldkrankenhaus Bad Dübener

## Arzthelferinnen in Sachsen

An der Abschlussprüfung im Sommer 2005 haben 256 Auszubildende, Umschülerinnen und externe Prüfungsteilnehmerinnen teilgenommen; 74 in Chemnitz, 19 in Plauen, 70 in Dresden, 27 in Görlitz und 66 in Leipzig.

Für 224 von ihnen ist es geschafft. Sie haben mit der bestandenen Abschlussprüfung den Berufsabschluss Arzthelferin erreicht. Die Arzthelferinnen aus dem Raum Leipzig erhielten am 12. Juli 2005 die Zeugnisse aus den Händen von Herrn Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied im Prüfungsausschuss Arzthelferinnen in Leipzig. Herr Dr. Rudolf Marx, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, überreichte am selben Tag die Prüfungszeugnisse in Chemnitz und Herr Dr. Stefan Windau, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, am 13. Juli 2005 in Dresden.

In diesem Jahr wurden nur 40 bis 50 % aller Arzthelferinnen in ein Arbeitsverhältnis übernommen. Ursache ist die angespannte wirtschaftliche Situation vieler Praxen. Deshalb werden mit Beginn des neuen Ausbildungsjahres deutlich weniger Ärzte in Sachsen ausbilden als in den letzten Jahren.

Ausbildungsbereite Ärzte klagen auch über die mangelnde Eignung von Bewerbern. Die Entscheidung einen Ausbildungsplatz zur Verfügung zu stellen, scheidet oft an mangelnden Kenntnissen in Deutsch und Mathematik, an der fehlenden Motivation und an dem fehlenden Interesse am Beruf.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Arzthelferinnenwesen



*Der Vizepräsident, Dr. med. Stefan Windau, übergibt die Zeugnisse in Dresden*



*Herr Dr. med. Claus Vogel übergibt die Zeugnisse in Leipzig*



*Herr Dr. med. Rudolf Marx übergibt die Zeugnisse in Chemnitz*